Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація хірургів України
Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова НАМН України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 8 (833) серпень 2012
Щомісячний науково-практичний журнал
(спеціалізоване видання для лікарів)
Заснований у червні 1921 р.

Нагороджений
«КРИШТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»
та медаллю «ТРУДОВА СЛАВА»
Міжнародного Академічного Рейтингу
популярності та якості
«Золота Фортуна»

Редактор
Г. В. Остроумова
Коректор
О. П. Заржицька

Затверджений постановою президії ВАК України
№ 1-05/1 від 10.02.10.

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,
редакція журналу «Клінічна хірургія».
Тел./факс (- 044) 408.18.11, http://hirurgiya.com.ua
e - mail: info@hirurgiya.com.ua
jcs@fm.com.ua

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 23.08.12. Формат 60 × 84/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 8.
Обл. вид. арк. 7,86. Тираж 1 500.
Замов.42

Видавець
ТОВ «Ліга-Інформ»
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (- 044) 408.18.11.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73,
тел./факс (- 044) 417.21.70.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих в журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

© Клінічна хірургія, 2012
© Ліга — Інформ, 2012

ISSN 0023 - 2130

КЛІНІЧНА
ХІРУРГІЯ
№ 8 (833) серпень 2012

Головний редактор
М. Ю. Ничитайло

Заступник
головного редактора
С. А. Андреєщев

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

М. Ф. Дрюк
М. П. Захараш
В. І. Зубков
Г. В. Книшов
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
О. Г. Котенко
Д. Ю. Кривченя
В. В. Лазоришинець
О. С. Ларін
П. М. Перехрестенко
С. Є. Подпрятов
Ю. В. Поляченко
А. П. Радзіховський
Б. В. Радіонов
А. В. Скумс
І. М. Тодуров
О. Ю. Усенко
Я. П. Фелештинський
В. І. Цимбалюк
В. В. Чорний
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
Б. С. Запорожченко
І. В. Іоффе
Л. Я. Ковальчук
П. Г. Кондратенко
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
О. С. Ніконенко
М. П. Павловський
В. В. Петрушенко
В. І. Русин
Ю. С. Семенюк
В. М. Старосек
А. І. Суходоля
С. Д. Шаповал

ISSN 0023-2130

ДО УВАГИ АВТОРІВ

Редакція журналу приймає до публікації статті українською та російською мовами. Направляючи статтю до редакції, необхідно дотримувати наступних правил

1. Стаття супроводжується направленням установи, в якій виконана робота, і висновком експертної комісії.

2. Статтю візує керівник установи і підписують всі автори, вказуючи прізвище, ім'я, по батькові, посаду, наукове звання, вчений ступінь, адресу (домашню та службову), номери телефонів (домашнього та службового), e–mail.

3. Статтю надсилати в двох примірниках, обсяг її 9–10 с., коротких повідомлень 1–3 с. Текст друкувати з одного боку стандартного аркуша формату А4 (210 × 297 мм), 29–30 рядків на сторінці без будь-якого форматування та на електронних носіях (IBM сумісні PC) у форматах *.doc, *.rtf без OLE–об'єктів.

СТАТТЯ ПОВИННА МІСТИТИ ТАКІ СКЛАДОВІ:

реферат (20–25 рядків, обгрунтування, методики, результати досліджень); ключові слова; вступ, матеріали та методи, результати, обговорення, висновки, список літератури. Список літератури (до 10 джерел у статтях, не більше 45 – в оглядах літератури) друкувати на окремому аркуші, кожне джерело з нового рядка. До списку включати всіх авторів, наведених в тексті, *у порядку цитування*. Автори відповідальні за правильність даних, наведених у списку літератури.

ПРИКЛАДИ ОФОРМЛЕННЯ СПИСКУ ЛІТЕРАТУРИ

У зв'язку з введенням в дію нового стандарту ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Бібліографічний запис. Бібліографічний опис. Загальні вимоги та правила складання (ГОСТ 7.1—2003, IDT) наводимо приклади оформлення списку літератури.

1. Белоусов А. Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия / А. Е. Белоусов. – СПб. : Гиппократ, 1998. – 704 с.
2. Досвід 400 трансплантацій нирок / В. К. Денисов, П. С. Серняк, В. В. Захаров [та ін.] // Трансплантологія. – 2000. – № 1. – С. 131–133.
3. Профилактика послеоперационных тромбоэмболических осложнений у больных пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу острого холецистита / Л. В. Гирин, Ф. И. Дуденко, И. И. Немченко, А. А. Маевский // Тез. докл. юбил. конф., посвящ. 75 – летию проф. Л. Г. Завгороднего. – Донецк, 1994. – Т. 1. – С. 146–147.
4. Использование цитологического исследования для диагностики Helicobacter pylori : метод. рекомендации / Л. А. Ахтомова, В. Н. Медведев, В. Ф. Орловский [и др.]. – Запорожье, 1992. – 9 с.
5. Пат. 9739 А Україна, МПК А61В17/00. Спосіб аутотканинної реконструкції аорто–стегнового сегмента / А. Б. Доміняк (Україна). – № 336059523; заявл. 25.04.95; опубл. 30.09.96. Бюл. № 3.
6. Сивожелезов А. В. Состояние иммунореактивности организма у больных с гиперпластическими заболеваниями щитовидной железы до и после хирургического лечения (клинико–лабораторное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14. 01.03 -хірургія / А. В. Сивожелезов; Харьк. мед. ин–т. – Х., 1999. – 18 с.
7. Histamine and tissue fibrinolytic activity in duodenal ulcer disease / A. Ben–Hamida, A. A. Adesanya, W. K. Man [et al.] // Dig. Dis.Sci. – 1998. – Vol. 43, N 1. – P. 126 – 132.
8. Lankisch P. G. Pancreatic disease. State of the art and future aspect of the research / P. G. Lankisch, E. P. Di Mango. – Berlin e. a. : Springer, 1999. – 272 p.

4. Всі позначення мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводити відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), терміни – за Міжнародною анатомічною номенклатурою, назви хвороб — за Міжнародною класифікацією хвороб.

5. Описуючи експериментальні дослідження, вказувати вид, стать і число тварин, методи анестезії при маніпуляціях, пов'язаних з заподіянням болю, метод умертвіння їх або взяття в них матеріалу для лабораторних досліджень згідно з правилами гуманного ставлення до тварин. Назви фірм і апаратів наводити в оригінальній транскрипції, вказувати країну–виробника.

6. Ілюстрації до статті надсилати у 2 примірниках розмірами 13 × 18 або 9 × 12 см, на звороті кожної ілюстрації вказувати номер, прізвище авторів і позначки «верх», «низ», або на електронних носіях (IBM сумісні PC) у форматах *.tif (не менше 300 dpi). Позначення проставляти тільки на одному примірнику. Фотографії повинні бути контрастними, на тонкому глянсовому папері, малюнки – чіткими, креслення і діаграми – виконані тушшю (діаграми можуть бути надіслані на дискеті у форматі MS Graph).

КСЕРОКОПІЇ МАЛЮНКІВ РЕДАКЦІЯ НЕ ПРИЙМАЄ.

7. Під час редагування статті редакція зберігає за собою право змінювати стиль, але не зміст роботи.

8. Статті, оформлені без дотримання наведених правил, редакція не реєструє. Відмова в публікації може не супроводжуватись роз'ясненням його причин і не може вважатися негативним висновком щодо наукової та практичної цінності роботи. Не схвалені до друку статті не повертаються. В разі змін, що виникли після реєстрації роботи, необхідно сповістити редакцію окремим листом, підписаним усіма авторами.

9. Після прийому та публікації статті до редакції переходять всі права, включаючи право на переклад іншими мовами.

10. Статті, опубліковані або направлені до іншого журналу чи збірника, не надсилати.

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ ГРИЖІ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У ХВОРИХ НА МОРБІДНЕ ОЖИРІННЯ: ЕСТЕТИЧНА СКЛАДОВА ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ

В. П. Андрющенко, М. І. Кушнірчук, М. М. Сімо

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Клінічна лікарня Львівської залізниці, м. Львів

Після оперативних втручань на органах черевної порожнини (планових/невідкладних) у хворих на морбідне ожиріння частіше, ніж у звичайній популяції пацієнтів, виникають грижі черевної стінки (ГЧС). Хірургічне лікування таких хворих є складною проблемою герніології, важливим аспектом якої є не тільки надійність герніопластики, а й забезпечення косметичного ефекту операції.

Мета роботи: опрацювання оптимальних способів забезпечення естетичного ефекту оперативного втручання при морбідному ожирінні у пацієнтів шляхом формування штучного пупка (ШП).

Проаналізовані результати герніопластики післяопераційних ГЧС і пупкових гриж у 232 пацієнтів, яких лікували у хірургічному відділенні лікарні в період з 2008 до 2011 р. Жінок було 122 (52,6%), чоловіків — 110 (47,4%). Вік пацієнтів від 22 до 86 років, у середньому (54 ± 1,2) року. У 84 (68,6%) жінок та 71 (64,5%) чоловіка констатовано ожиріння III—IV ступеня. Супутні захворювання серцево—судинної системи виявлені у 76 (62,3%) жінок і 74 (64,5%) чоловіків, органів дихання — у 42 (34,4%) жінок і 68 (61,8%) чоловіків, інші — відповідно у 23 (18,8%) і 25 (22,7%).

Характеристику післяопераційних ГЧС та пупкових здійснювали за класифікацією J. P. Cevrel, A. M. Rats (SWR classification). Зокрема, післяопераційні ГЧС виявлені у 199 (85,8%) пацієнтів, пупкові — у 23 (9,9%), біляпупкові — у 10 (4,3%), з них рецидивні — у 82 (35,3%). Розміри грижових воріт W2 — W3 відзначені у 141 (60,8%) хворого. Алогерніопластику виконано у 193 (83,2%), пластику з використанням власних тканин — у 39 (16,8%) пацієнтів.

До операції важливе значення надавали ультразвуковому скануванню (УЗС), зокрема, зони грижових воріт, з визначенням розмірів дефекту черевної стінки, товщини апоневрозу, вмісту грижового мішка, товщини підшкірного прошарку. У 16 (10,3%) пацієнтів виявлені додаткові дефекти апоневрозу. За даними УЗС планували характер і обсяг оперативного втручання.

Для забезпечення естетичного ефекту операції використовували опрацьовані оригінальні способи хірургічних втручань з формуванням ШП, захищені двома патентами України.

Над грижовим випинанням робили розріз шкіри та підшкірного прошарку, формували два трапецієподібної форми клапті у проекції майбутнього ШП. Оскільки у пацієнтів за морбідного ожиріння пупок розташований, як правило, низько, шкірно—підшкірні клапті формували вище, а саме посередині відстані між мечоподібним відростком і лобком. Виконувалися наступні етапи операції: мобілізацію, розкриття і ревізію грижового мішка та черевної порожнини, роз'єднання спайок, пластику грижових воріт хірургічною сіткою (sub lay/on lay) або власними тканинами. По краю апоневрозу висікали апоневротично—рубцевий тяж довжиною 1,5—3 см, шириною 1 — 1,5 см, який виводили над алотрансплантатом. Шкірно—підшкірні клапті симетрично фіксували не до апоневрозу, а до вершини сформованого апоневротично—рубцевого тяжу. При цьому уникали натягу шкіри, пупок залишався мобільним і менш глибоким. Тим самим забезпечений естетичний ефект оперативного втручання. За даними УЗС після операції визначали товщину підшкірного прошарку, співвідношення її і довжини рубцево—апоневротичного тяжу, воно становило — 1:4 — 1:5.

Через 3, 6 міс і 1 рік обстежені 110 хворих. В усіх пацієнтів, оперованих за запропонованою методикою з формуванням ШП, пупок збережений. Естетичний вигляд черевної стінки оцінений як хороший.

Висновки

1. Хірургічне лікування післяопераційних ВЧС у пацієнтів за морбідного ожиріння має передбачати не тільки надійну пластику грижового дефекту, а й досягнення естетичного ефекту втручання.

2. Запропоновані методи герніопластики з формуванням ШП прості, доступні для виконання, забезпечують збереження природного вигляду живота.

КОМБІНОВАНІ РЕГІОНАРНІ МЕТОДИ АНЕСТЕЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

В. Г. Байда

Міська клінічна лікарня № 6, м. Київ

Сьогодні майже у 25% жителів планети виявляють надмірну масу тіла, що підвищує ризик виникнення цукрового діабету, атеросклерозу, захворювань серцево—судинної системи, жовчнокам'яної хвороби, порушень статевої функції, захворювань суглобів. В Україні ожиріння відзначають у 16% міського та 29% сільського населення.

Визначаючи ступінь ожиріння, мають на увазі збільшення маси тіла індивідуума по відношенню до "ідеальної". ВООЗ рекомендує використовувати індекс маси тіла (ІМТ), запропонований Л. Кетле для оцінки "середньої людини". ІМТ визначають як відношення маси тіла в кілограмах до росту в метрах квадратних. У дорослих ІМТ 18,5—24,9 кг/м^2 характеризує нормальний стан, 25—30 кг/м^2 — наявність зайвої маси тіла з мінімальним ризиком медичних ускладнень, 30—34,9 кг/м^2 — ожиріння I ступеня, 35—39,9 кг/м^2 — ожиріння II ступеня, понад 40 кг/м^2 — ожиріння III ступеня (морбідне), понад 50 кг/м^2 — ожиріння IV ступеня, або суперожиріння. В осіб за нормальної маси тіла ризик виникнення медичних ускладнень нормальний, за ожиріння I ступеня — високий, ожиріння II ступеня — дуже високий, за морбідного ожиріння — надзвичайно високий.

Найбільш метаболічно та ендокринно активною є інтраабдомінальна жирова тканина. Тому звернули увагу на ще одну антропометричну характеристику ожиріння: окружність талії (ОТ), окружність стегон та їх співвідношення. Для мешканців Північної Америки ожиріння діагностують за ОТ понад 102 см — для чоловіків, понад 88 см — для жінок. Для європейців ці показники менші: ОТ 94 см і більше — у чоловіків, 80 см і більше — у жінок. Збільшення ОТ лише фіксує наявність ожиріння, проте, не визначає його ступінь. Ми

пропонуємо логічне продовження, власне, класифікацію абдомінального ожиріння. ОТ в межах 102—115 см — для чоловіків, 88—100 см — для жінок — ожиріння II ступеня; 115—130 см — для чоловіків та 100—115 см — для жінок — ожиріння III ступеня (морбідне); від 130 см — для чоловіків, понад 115 см — для жінок — ожирінням IV ступеня (супержиріння).

Захворюваність і летальність в популяції пацієнтів з метаболічним синдромом (МС) суттєво більші, ніж за нормальної маси тіла, хірургічне лікування та його анестезіологічне забезпечення у таких пацієнтів часто проблемне. Методами анестезії у пацієнтів при МС мають бути такі, що мінімально залежать від маси тіла, ОЦК, функціональної активності органів детоксикації та екскреції, а саме методи регіонарної анестезії та їх поєднання з різними видами тотальної внутрішньовенної анестезії (ТВА). З них перевагу віддають епідуральній анестезії (ЕДА). Варіантами можуть бути комбінована епідуральна анестезія (КЕДА) — ЕДА + ендотрахеальний наркоз або комбінована спінально—епідуральна анестезія (КСЕДА). Катетерні методи забезпечують варіабельність глибини та тривалості анестезії незалежно від вибору локального анестетика. Використання КЕДА у пацієнтів за морбідного ожиріння зменшує прояви періопераційного стресу, ризик виникнення тромбозу глибоких вен гомілки на 44%, ТЕЛА — на 55%, пневмонії — на 39%, потребу в гемотрансфузії — на 50%, загальну летальність — на 30%, істотно зменшує частоту післяопераційного інфаркту міокарда.

Ефективність КЕДА, КСЕДА та післяопераційної епідуральної аналгезії оцінювали у 76 пацієнтів за морбідного ожиріння, яких оперували у профільних відділеннях в останні 5 років. Жінок було 52, чоловіків — 24. Вік хворих від 37 до 74 років, маса тіла — від 90 до 176 кг. ІМТ в усіх пацієнтів перевищував 40 кг/м^2 (у середньому 44 кг/м^2). У більшості пацієнтів виявлено гіпертонічну хворобу, у 61 (80%) — це зафіксовано терапевтами; у 42 (55%) — збільшення вмісту глюкози в крові, у 9 (12%) — синдром сонного апное. Фізичний стан пацієнтів перед операцією оцінений за ASA II—III ступеня, у 10 — IV ступеня. Тривалість анестезії від 65 до 590 хв, у середньому 170 хв. Пацієнти розподілені на дві групи. У першій групі (37 жінок і 14 чоловіків) виконували травматичні, в більшості спостережень — реконструктивні, абдомінальні операції в умовах КЕДА. Пацієнтам другої групи здійснені операції на середньому та нижньому поверхах черевної порожнини, заочеревинному просторі, нижніх кінцівках. Методом знеболювання у пацієнтів цієї групи була КСЕДА. Зважаючи на товщину підшкірного прошарку в зоні пункції (понад 8—9 см), крім наборів "Perifix" з довжиною голки 8 см, використовували голки Tuohy довжиною 11 см з наборів "Portex".

Попереджуючи міграцію катетера з епідурального простору (ЕДП), у 12 пацієнтів використовували його підшкірне відведення від місця пункції на 20 см. Його вихід з ЕДП не спостерігали. Ефективність післяопераційної ЕДА оцінювали за 10—бальною візуально—аналоговою шкалою (ВАШ), рівнем сенсорного та моторного блоку в нижніх кінцівках, активністю пацієнта та його перистальтики. Локальний анестетик вводили в ЕДП протягом 5 діб. З 2—ї доби інтенсивність болю (за ВАШ) не перевищувала 3 бали. При переведенні хворого до профільного відділення катетер з ЕДП забирали. Геморагічних та інфекційних ускладнень, пов'язаних з перебуванням катетера в ЕДП, не було.

Для оцінки ефективності інтраопераційної анестезії використовували звичайні параметри контролю: артеріальний тиск, частота скорочень серця, ЕКГ, термометрія, темп діурезу.

РОЛЬ ЭНДОТОКСИНА ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА В ПАТОГЕНЕЗЕ СИСТЕМНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПРИ ОЖИРЕНИИ, МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II ТИПА

В. А. Белоглазов, А. И. Гордиенко, Ф. Н. Ильченко

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского МЗ Украины, г. Симферополь

В последние годы особый интерес исследователей привлекают вопросы изучения механизмов формирования системного воспаления малой интенсивности при различных хронических заболеваниях как независимого фактора риска развития сердечно—сосудистых заболеваний, которые являются ведущей причиной общей летальности, инсулинорезистентности, сахарного диабета (СД) II типа, остеопороза, депрессии и др.

Хроническое системное воспаление поддерживается за счет провоспалительный факторов (С—реактивный протеин — СРП), фактор некроза опухолей (ФНО—α), интерлейкины (ИЛ—1β, ИЛ—6 и др.), которые синтезируются главным образом в печени. На роль мощного источника провоспалительных факторов претендует и жировая ткань (ЖТ). Участие ЖТ в самоподдержании хронического воспаления проявляется дисбалансом адипокинов (лептин/адипонектин), экспрессией на адипоцитах Toll—Like—рецепторов 4 типа (TLR4), активирующими клеточный фактор NF—kβ и провоспалительный каскад, и другие.

На роль главного индуктора провоспалительного каскада по праву претендует эндотоксин (ЭТ) грамотрицательной микрофлоры (ГМ). ЭТ является мощным провоспалительным и иммуностимулирующим фактором, широко представленным как внутри организма (ЭТ ГМ кишечника), так и в различных факторах окружающей среды (воздух, вода, табачный дым).

Известно, что даже в условиях физиологической нормы после приема пищи в крови транзиторно возрастает содержание ЭТ. При этом диета, обогащенная липидами, значительно (в 2—3 раза) амплифицирует данный эффект, получивший название "метаболическая эндотоксинемия" (МЭ). У лиц, предрасположенных к ожирению или потребляющих большое количество жиров с пищей, в составе интестинальной микрофлоры превалируют ГМ. Чрезмерное воздействие на организм ЭТ в условиях нарушения функционирования эндотоксинсвязывающих систем приводит к проявлению патологического действия ЭТ. У больных с ожирением это может быть риск фактором системных и локальных воспалительных послеоперационных осложнений, например, при бариатрических и других операциях.

Учитывая вышеизложенное, целью работы было изучение гуморальных и клеточных механизмов антиэндотоксинового иммунитета при абдоминальном ожирении (АО), метаболическом синдроме (МС) и СД II типа.

Обследованы 65 больных с АО, 87 — МС и 90 — с СД II типа в возрасте от 40 до 72 лет. Обследована также группа здоровых доноров (22) соответствующая по возрасту и полу пациентам клинических групп. Всем больным проведено общепринятое клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. Изучение гуморального антиэндотоксинового иммунитета (Анти—ЭТ—АТ классов

A, M и G) соответственно анти—ЭТ—IgA, анти—ЭТ—IgM и анти—ЭТ—IgG и секреторного анти—ЭТ—IgA, СРП проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа, уровень CD14 и LPS fits рецепторов на моноцитах и гранулоцитах — методом проточной лазерной цитофлуорометрии, частоту аллелей полиморфного участка Asp299gly гена TLR4 — методом полимеразной цепной реакции.

Установлено, что у больных АО, МС и СД II типа концентрация СРП как маркера хронической системной воспалительной реакции достоверно выше уровня нормы от 2,1 до 3,5 раза. Наибольший уровень СРП был зарегистрирован у больных при наличии артериальной гипертензии — в 3,5 и ишемической болезни сердца — в 2,9 раза выше нормы ($P < 0,001$).

От 56,7% (СД II типа) до 78,9% (АО) больных относились к группе гиперреспондеров антител на ЭТ (имели высокий уровень анти—ЭТ—IgG). Кроме того, пациенты в клинических группах имели высокий уровень анти—ЭТ—IgA и секреторного анти—ЭТ—IgA (гиперсекреторы) при нормальном количестве клеточных рецепторов к ЭТ на моно— и полинуклеарных лейкоцитах. От 83,3 до 100% больных имели гомозиготный вариант АА аллелей полиморфного участка TLR4 (клеточные гиперреспондеры на ЭТ).

Таким образом, при АО, МС и СД II типа имеет место дисфункция АЭИ в сторону гуморального и/или клеточного гиперреспондерного ответа на ЭТ на фоне высоких маркеров системного воспаления. Патогенетически оправданным для данной категории больных, в том числе при подготовке к операции, следует считать разработку и использование методов, уменьшающих воздействие ЭТ на иммунные системы, ассоциированные со слизистой оболочкой (пре— и пробиотики), улучшающих барьерную функцию печени по отношению к ЭТ, уменьшающих массу ЖТ, воздействие ингаляционного ЭТ (отказ от курения), модификация характера питания и образа жизни под контролем уровня СРП в периферической крови.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ МОРБИДНОМ ОЖИРЕНИИ

Я. С. Березницкий, Р. В. Дука

Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины

Сегодня в мире ожирение рассматривают как неинфекционную эпидемию. В США около 60% населения имеют избыточную массу тела, 27% — ожирение; в странах Западной Европы до 25% населения имеют избыточную массу тела. Наличие связанных с ожирением артериальной гипертензии, сахарного диабета, дислипидемии значительно ухудшает качество жизни пациентов, повышает затраты на их лечение, является причиной их преждевременной смерти.

Наиболее полного и стойкого эффекта позволяют достичь хирургические методы лечения морбидного ожирения.

Выполнение комбинированных оперативных вмешательств показано пациентам при морбидном ожирении и наличии сопутствующих дислипидемии, инсулинорезистентности и артериальной гипертензии. Одним из эффективных комбинированных методов является билиопанкреатическое шунтирование в модификации Hess — Marceau. Метод позволяет достичь хорошего результата при небольшой частоте осложнений в раннем послеоперационном периоде, обеспечивает высокое качество жизни в отдаленном периоде.

Цель работы: оценить технические особенности и результаты выполнения билиопанкреатического шунтирования в модификации Hess — Marceau в лечении пациентов при морбидном ожирении.

За период с 2009 по 2012 г. бариатрические оперативные вмешательства выполнены у 26 пациентов, 16 женщин и 10 мужчин, в возрасте от 28 до 60 лет, индекс массы тела (ИМТ) от 31,6 до 80 кг/м^2.

У 18 пациентов при ИМТ более 40 кг/м^2 выполнено билиопанкреатическое шунтирование в модификации Hess — Marceau.

Контролировали массу тела, показатели углеводного и жирового обмена.

Степень ожирения устанавливали согласно классификации ВОЗ (1997); "идеальную" массу тела определяли по международной таблице Metropolitan Height and Weight Tables, Converted to Metric System (1983); процент утраты избыточной массы тела (%EWL) — по формуле: %EWL=утраченная масса тела /избыточная масса тела $\times$ 100.

Билиопанкреатическое шунтирование в модификации Hess—Marceau выполнено у 18 пациентов, масса тела от 100 до 248 кг, ИМТ — от 40 до 80 кг/м^2. Обсуждая технические аспекты операции, необходимо отметить, что для мобилизации большой кривизны желудка и ДПК использовали ультразвуковой скальпель Harmonic, что значительно облегчало выполнение этого этапа операции и уменьшало его продолжительность. Резекцию выполняли при установленном желудочном зонде диаметром 12 мм, вдоль малой кривизны, линию резекции проводили по краю зонда. Линию скрепочного шва обязательно перитонизировали непрерывным обвивным швом. Интраоперационно объем резервуара желудка составлял от 70 до 150 мл. Для пересечения желудка и ДПК использовали линейные сшивающие аппараты Ethicon Proximate с длиной шва 75 мм. Длина общей петли 80 — 100 см. Перед пересечением тонкой кишки устанавливали метки на кишке, что позволяло во время оперативного вмешательства четко идентифицировать проксимальный и дистальный отделы петли.

Практически сразу после операции все пациенты отмечали значительное уменьшение аппетита. В течение 2 мес после операции отмечен жидкий стул до 4 раз в сутки, затем 1—2 раза в сутки, в зависимости от качества пищи. Все пациенты постоянно применяют поливитамины, комплекс жирорастворимых витаминов, препараты железа и кальция. В течение первого года после операции %EWL составил от 52 до 87%, в среднем за первый год — 58%; в течение 2—го года — 72%. До операции у 8 пациентов отмечены нарушения углеводного и жирового обмена, что проявлялось гиперинсулин—, гиперхолестерин—, гипертриглицеридемией, повышением уровня лептина и С—пептида. Наблюдали повышение артериального давления, синдром Пиквика, боль в крупных суставах нижних конечностей. После операции нормализовались показатели углеводного и жирового обмена, артериальное давление, устранены синдром Пиквика, боль в нижних конечностях. Контролировали содержание железа, кальция и белка, которые были в пределах нормы.

Таким образом, билиопанкреатическое шунтирование в модификации Hess — Marceau способствовало значительному уменьшению массы тела, нормализации жирового и углеводного обмена, в течение 2 лет %EWL составил в среднем 72%.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Я. С. Березницкий, Р. В. Дука

Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины

Одним из современных методов рестриктивных вмешательств на желудке по поводу ожирения является продольная резекция органа. Учитывая относительную новизну метода, число наблюдений в отдаленные сроки после операции недостаточно. Это обусловливает повышенный интерес к результатам выполнения продольной резекции желудка.

Цель работы: оценить технические особенности и результаты выполнения продольной резекции желудка в лечении пациентов по поводу морбидного ожирения.

За период с 2009 по 2012 г. различные бариатрические вмешательства выполнены у 26 пациентов, из них у 8 с ИМТ от 31,6 до 48 кг/м^2 — продольная резекция желудка. Основными жалобами у пациентов при морбидном ожирении были прогрессирующее увеличение массы тела, отсутствие эффекта других методов лечения, выраженная одышка при незначительной физической нагрузке, боль в спине и крупных суставах нижних конечностей, синдром Пиквика (ночной храп, апноэ, дневная сонливость).

Контролировали массу тела пациентов, показатели углеводного и жирового обмена.

Степень ожирения устанавливали согласно классификации ВОЗ (1997); ИМТ определяли по формуле; идеальную массу тела — по международной таблице Metropolitan Height and Weight Tables, Converted to Metric System (1983); процент утраты избыточной массы тела (%EWL) — по формуле.

Перед операцией всем пациентам проводили стандартное обследование, которое дополняли определением содержания гликозилированного гемоглобина; проведением глюкозо—толерантного теста; липидограммы; рН—мониторинг; ГДФС. У 3 пациентов отмечено повышение уровня гликозилированного гемоглобина более 6%, уровня глюкозы через 2 ч после введения 75 г глюкозы более 8 ммоль/л. Кроме того, у 4 пациентов диагностирована дислипидемия.

Оперативное вмешательство выполняли с использованием 5 троакаров. Большую кривизну желудка мобилизовали на расстоянии 5 см проксимальнее привратника и до пищеводно—желудочного угла, с использованием ультразвукового скальпеля Harmonic. Короткие сосуды желудочно—ободочной связки также пересекали ультразвуковым скальпелем без использования дополнительных методов гемостаза. Желудок пересекали эндостеплерами с использованием 5 — 7 кассет. Из особенностей оперативного вмешательства необходимо отметить, что первый желудок рассекали на расстоянии 5 см от привратника, и только при втором прошивании вводили желудочный зонд диаметром 12 мм. При этом отмечено, что, чем ближе к зонду прошивали стенку желудка, тем короче линия шва и меньше расход кассет. После отсечения препарат погружали в контейнер и удаляли из брюшной полости. При возникновении кровотечения из линии скрепочного шва гемостаз осуществляли путем клиппирования. Герметичность шва контролировали путем введения в желудок раствора красителя. Линию скрепочного шва перитонизировали непрерывным швом. Оперативное вмешательство завершали введением назогастрального зонда для контроля гемостаза в полости желудка, зонд удаляли к концу первых суток после операции.

Все пациенты отмечали значительное уменьшение аппетита после операции. В первый месяц все пациенты применяли блокаторы секреции желудка. В первые 6 мес, когда отмечали наиболее значительное уменьшение массы тела, пациентам назначали поливитамины и препараты железа.

За 12 мес после операции %EWL составил в среднем 46%, за второй год —61%. К концу первого года у пациентов при нарушении толерантности к глюкозе отмечена ее нормализация, уровень гликозилированного гемоглобина также пришел к норме. По данным рН—метрии установлена нормохлоргидрия.

Таким образом, продольная резекция желудка является эффективным методом лечения пациентов с морбидным ожирением, позволяет достичь %EWL 61% через 2 года после операции, способствует нормализации углеводного обмена при нарушении толерантности к глюкозе.

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

А. Ф. Бубало, А. П. Мазур, В. М. Шевченко, О. В. Винниченко, С. И. Драчек

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев

В странах СНГ более чем у 60% взрослого населения выявляют избыточную массу тела, почти у 26% — клинические признаки ожирения, у 6% — ожирение крайней степени, что является показанием к выполнению бариатрических операций в целях коррекции массы тела. По прогнозам ВОЗ, к 2025 г. число пациентов с ожирением увеличится в 5 раз по сравнению с таковым в 2000 г. В связи с этим увеличивается частота выполнения бариатрических операций.

При морбидном ожирении (МО) повышается риск возникновения сопутствующих заболеваний сердечно—сосудистой и дыхательной систем, значительно нарушаются обменные процессы, часто до уровня декомпенсации, что, наряду с необходимостью применения сложных и травматичных бариатрических вмешательств, обусловливает увеличение частоты периоперационных осложнений и летальности. Поэтому внедрение в практику оптимальных и адекватных методов анестезиологического обеспечения бариатрических вмешательств является актуальной проблемой.

Целью работы явилось улучшение результатов бариатрических операций путем применения адекватных методов анестезиологического обеспечения.

Обследованы 317 больных с МО, которым выполнены различные виды бариатрических операций. Женщин — 165, мужчин — 152. Возраст пациентов от 18 до 62 лет, в среднем — (38,2 ± 1,4) года, индекс массы тела (ИМТ) от 40 до 82 кг/м^2, в среднем — (49,1 ± 0,9) кг/м^2.

Продолжительность оперативного вмешательства от 80 до 420 мин, в среднем (154 ± 12) мин.

У больных применяли многокомпонентную сбалансированную анестезию в сочетании с регионарными методами обезболивания. В зависимости от вида регионарной анестезии больные распределены на две группы. У 137 больных (1—я группа) использовали эпидуральную анестезию (ЭА), у 184 (2—я группа) — инфильтрационную анестезию (ИА). Пункцию эпидурального пространства проводили на уровне T_{VI}—T_{VIII}. Для ЭА использовали 1,5% раствор лидокаина с фентанилом. У больных 2—й группы проводили ИА кожи в зоне хирургического вмешательства, париетальной брюшины, нервов и сплетений брюшной полости. Для ИА использовали 0,3% раствор лидокаина с адреналином (1:100 000) и натрия гидрокарбонатом. При продолжительной операции ИА повторяли через 2,5—3 ч. Доза лидокаина не превышала допустимую. Адекватность анестезиологического обеспечения контролировали с использованием общеклинических и лабораторных методов. Применяли лекарственные препараты для наркоза ультракороткого действия, предпочтительно с внеорганным путем элиминации. Дозы лекарственных средств, используемых для анестезиологического обеспечения, рассчитывали на "идеальную" массу тела. У больных 1—й группы во время операции использовали в среднем фентанила — (0,64 ± 0,05) мг, лидокаина — (236 ± 16,3) мг, ардуана — (5,6 ± 0,5) мг. У больных 2—й группы использовали в среднем фентанила — (0,725 ± 0,1) мг, лидокаина — (481 ± 18,5) мг, ардуана — (7,1 ± 0,6) мг. "Гипотензивные" методы анестезиологического обеспечения у больных МО не вызывали выраженных изменений артериального давления или нарушений ритма сердца. Показатели гемодинамики, внешнего дыхания, газообмена, кислотно—основного состояния во время операции у больных стабильны. Все больные в течение (10 ± 2) мин после операции экстубированы и переведены в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Послеоперационное обезболивание больным 1—й группы проводили через эпидуральный катетер. У больных 2—й группы для обезболивания использовали нестероидные противовоспалительные средства и вводили лидокаин в дренажи брюшной полости. После операции больным обеих групп не требовалось назначение наркотических аналгетиков. Время пребывания в ОРИТ 12—16 ч. Осложнений, связанных с методами анестезиологического обеспечения, не наблюдали.

Выводы

1. Анестезиологическое обеспечение с использованием регионарных методов обезболивания адекватно защищает организм от операционной травмы, позволяет уменьшить количество наркотических аналгетиков и релаксантов и, тем самым, уменьшить фармакологическую нагрузку на организм, что способствует ранней активации больных и профилактике тромбоэмболических и легочных осложнений.

2. ИА является простым и надежным методом защиты организма от операционной травмы, ее следует использовать при всех полостных операциях.

ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА МОРБІДНЕ ОЖИРІННЯ ШЛЯХОМ ІМПЛАНТАЦІЇ ІНТРАГАСТРАЛЬНОГО БАЛОНА

О. М. Бурий, А. С. Лаврик, О. Ф. Бубало, І. С. Терешкевич, О. О. Доскуч

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

За даними численних досліджень доведено необхідність проведення гастроінтестинальної ендоскопії (ГІЕ) хворим на морбідне ожиріння (МО) до імплантації інтрагастрального балона (ІБ) з метою виявлення безсимптомних захворювань стравоходу, шлунка й ДПК, їх своєчасної корекції, встановлення протипоказань до застосування цього виду лікування.

У клініці лікували 102 хворих на МО, з них 37 (35,2%) чоловіків, 68 (64,8%) — жінок. Вік пацієнтів у середньому (45 ± 7,3) року, маса тіла — (124,3 ± 7,4) кг, ІМТ — (53 ± 7,6) кг/м^2. До ІБ пред'являли наступні вимоги: наповнення рідиною, можливість регулювання об'єму, гладенька поверхня, рентгеноконтрастність, щільна стінка (запобігання розриву та протікання). Під місцевою анестезією (зрошення зіву 10% розчином лідокаїну) імплантували ІБ в шлунок на 6—7 міс. Балони наповнювали ізотонічним розчином натрію хлориду об'ємом (550 ± 70) мл, забарвленим метиленовим синім. Розташування ІБ в шлунку контролювали за даними ендоскопічних чи рентгенологічних досліджень. Імплантація ІБ виконана у 18 пацієнтів з супероожирінням (ІМТ понад 60—70 кг/м^2) та тяжкими супутніми захворюваннями, у 87 — як самостійний метод лікування.

Перед введенням ІБ в шлунок обов'язково виконували ГІЕ, під час якої патологічні зміни виявлені у 60,1% хворих. Еритематозна гастродуоденопатія була найбільш частим захворюванням у цих пацієнтів (у 36,7%), що не вважали протипоказанням до застосування цього виду лікування. За наявності ерозивно—виразкових процесів шлунка й ДПК (в 11,9%) до імплантації ІБ призначали лікування з огляду на інфікування H. pylori — інгібітори протонної помпи (ІПП) — контролок, нольпаза, нексіум, парієт 40 мг на добу протягом 1 міс та антигелікобактерні препарати (амоксицилін 1000 мг двічі на добу, кларитроміцин 500 мг двічі на добу протягом 7 діб). ІБ встановлювали за позитивної терапевтичної динаміки за даними ГІЕ. У 4% хворих на МО, у яких під час ГІЕ виявлені поліпи шлунка, виконували ендоскопічну поліпектомію з подальшим гістологічним дослідженням. При підтвердженні непухлинного процесу протипоказань не було. У 67,4% хворих поліпи шлунка були гіперпластичними, у 32,6% — аденоматозними, атипові клітини за даними гістологічного дослідження поліпів не виявлені. Передопераційна підготовка хворих за наявності стравоходу Барретта значно довша (до 3 міс), включала консервативне лікування з використанням препаратів групи ІПП, біопсію ділянок метаплазії. Відсутність дисплазії у хворих після курсу лікування давала можливість виконувати імплантацію ІБ без ризику малігнізації. Після введення ІБ протягом 2—5 діб хворі відзначали дискомфорт — нудоту, блювання, відчуття стороннього тіла, що потребувало медикаментозної корекції (спазмолітики, антисекреторні препарати). Хворим рекомендували дієту, енергетична цінність якої становила 3349—4187 кДж на добу. ІБ видаляли через 6—8 міс під наркозом за допомогою ендоскопа з використанням стандартного набору інструментів. У 6 пацієнтів у зв'язку з непереносністю балони видалені у строки до 10 діб. У 2 пацієнтів через 3 міс після імплантації виявлена виразка тіла шлунка, яка в подальшому усунута за допомогою консервативних засобів. Втрата маси тіла становила у середньому (26 ± 2,1) кг.

Імплантація ІБ — мініінвазивний метод лікування ожиріння, який можна застосовувати самостійно або як етап передопераційної підготовки у хворих за супероожиріння. ІБ задовільно переноситься хворими, потребує медикаментозної корекції лише в перші дні після імплантації. Слід зазначити важливість дотримання пацієнтами комплаентності, без чого метод мало ефективний і не забезпечує очікуваного результату.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Т. И. Введенская

ООО "Фирма Медиком", г. Киев

У 95% пациентов при ИМТ более 35 кг/м^2 выявляют жировой гепатоз. Этиология заболевания многофакторна, наиболее частой причиной являются ожирение, которое в большинстве наблюдений сопровождается метаболическим синдромом; быстрое похудание; парентеральное питание; синдром мальабсорбции после оперативных вмешательств на органах пищеварительного канала.

Жировой гепатоз возникает вследствие увеличения поступления в печень свободных жирных кислот, уменьшения скорости b—окисления в митохондриях печени, повышения синтеза жирных кислот в митохондриях печени, уменьшения синтеза липопротеидов очень низкой плотности вследствие уменьшения содержания белков и липотропных веществ либо уменьшения их секреции с удалением триглицеридов в их составе.

Патогенетическим механизмом жирового гепатоза является перекисное окисление липидов.

При наличии отягощающих факторов (применение лекарственных средств, быстрое уменьшение массы тела, парентеральное питание в послеоперационном периоде) прогрессируют воспалительные процессы в печени, возникает некроз гепатоцитов и фиброз, т. е. стеатогепатит.

В целях профилактики жирового гепатоза в клинике в комплексе подготовки к бариатрической манипуляции или операции, наряду с медикаментозной терапией, сбалансированной диетой, применяют гравитационную хирургию крови, направленную на удаление эндотоксинов, цитокинов и продуктов перекисного окисления липидов с адекватным восполнением белков и липотропных факторов.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭХОНАВИГАЦИОННОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА

А. К. Влахов

Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского, г. Симферополь

Наличие ожирения III—IV степени существенно затрудняет выполнение любых операций. Миниинвазивные хирургические технологии предпочтительны у таких больных из—за уменьшения частоты периоперационных осложнений.

Однако в настоящее время ожирение крайней степени необоснованно считают противопоказанием к выполнению вмешательств под ультразвуковым наведением.

Цель: оценка эффективности применения миниинвазивных оперативных вмешательств под контролем эхонавигации в хирургическом лечении пациентов с избыточной массой тела.

У 58 пациентов при ожирении III—IV степени по поводу заболеваний печени, поджелудочной железы, селезенки, почек, легких, в диагностике и хирургическом лечении применена эхонавигационная интервенция. Возраст больных в среднем (44,26 ± 9,36) года, индекс массы тела (ИМТ) — (43,65 ± 7,8) кг/м^2. Женщин — 51 (87,9%), мужчин — 7 (12,1%).

В целях верификации диагноза проводили тонкоигольную аспирационную и толстоигольную трепанационную биопсию очаговых и диффузных поражений органов. Лечебный спектр представлен чрескожной холангио—, холецистостомией, пиелонефростомией, пункционно—дренажным лечением отграниченных скоплений жидкости (кисты, абсцессы, гематомы, биломы, серомы и т.п.). Использовали сканеры "Philips HD 11 XE", "Sonoscape S 6" с мультичастотными конвексными датчиками с частотой 3,5—7,5 МГц. Пункции выполняли с помощью двухсоставных игл 14—18 G под местной анестезией. Устанавливали дренажи 6—24 Fr по Сельдингеру, использовали стилет—катетер, троакар.

При выборе безопасного акустического окна и зоны введения инструмента в патологический очаг проводили позиционирование в спектральных допплеровских режимах с использованием средств оптимизации изображения. С учетом ослабления звукового сигнала в тканях для повышения качества 2—D сканирования в реальном режиме времени индивидуально изменяли положение и размеры области повышенного разрешения путем применения функции нативной тканевой гармоники. Эта технология помогает устранять случайные шумы, благодаря чему изображение тканей у технически сложных пациентов становится более контрастным и информативным. Применение такой тактики позволило выбирать кратчайшую траекторию, адекватно оценивать: внутриорганную ангиоархитектонику и гемодинамику; степень васкуляризации очагов; наличие фиброзной стромы, зон некроза; состояние интра— и перинодулярного кровотока; расположение очагов относительно артериальных и венозных магистралей и их ветвей, желче—, мочевыводящих путей; наличие портальной и билиарной гипертензии. При необходимости проводили компьютерную томографию с контрастным усилением.

Выбор способа пункционной/дренирующей операции определяли на основе анализа клинико—инструментальных данных о топографоанатомическом расположении мишени, характера содержимого, стремления достичь адекватной санации, полноценного дренирования при минимальной агрессии. Использование направляющих устройств — съемных насадок с адаптером для инструмента облегчало выполнение вмешательства у больных при высокой ИМТ.

Для эффективности вмешательства и минимизации осложнений использовали сертифицированные инструментальные комплекты "B. Braun", "Rusch", "Cook", "Balton", "Каммед". Для преодоления технических сложностей во время проведения эхонавигационной интервенции у больных при ожирении III—IV степени, связанных с обеспечением оптимальной позиции на операционном столе, введением большого количества анестетика, потерей анатомических ориентиров, большой толщиной брюшной/грудной стенки, повышенной подвижностью кожи, предпочтение отдавали инструментам увеличенной длины (25—45 см) и диаметра (иглы 14—16 G, дренажи 9—24 Fr) с наличием эхомаркеров: с четырехгранной заточкой рабочего края типа "карандаш" либо гладкой типа "конус". Обязательным условием считаем надежную фиксацию дренажей с помощью кожных швов или специальных устройств.

Поскольку вероятность возникновения кровотечения у больных при ожирении достаточно высокая, комплекс мероприятий по профилактике геморрагических осложнений в раннем послеоперационном периоде включал: постельный режим, локальную гипотермию, системную коррекцию коагулопатии, ультразвуковой мониторинг. В связи со сложностями канюляции сосудов у больных при высоком ИМТ, катетеризацию периферических и центральных вен проводили под контролем эхолокации.

Реализация разработанной программы позволила избежать открытых операций и повторных вмешательств. У всех пациентов не выявлено обострение сопутствующих заболеваний. Холе— и гемоперитонеум, гемоторакс, связанные с выполнением эхонавигационной интервенции, послеоперационное нагноение не наблюдали, все пациенты живы.

Выводы

1. Ожирение крайней степени не является противопоказанием к выполнению эхонавигационной интервенции у больных хирургического профиля.

2. Для эффективного выполнения эхонавигационных пункционно—дренирующих вмешательств у пациентов при избыточной массе тела необходимо использовать современные сканеры с мультичастотными датчиками высокого разрешения, сертифицированные комплекты инструментов.

3. Полипозиционное сканирование в спектральных допплеровских режимах с использованием средств оптимизации изображения обеспечивает выбор безопасной траектории при выполнении эхонавигационной интервенции у пациентов при избыточной массе тела.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

О. В. Галимов, В. О. Ханов, Д. М. Зиганшин, А. Ф. Мазитов, Д. А. Шилов, В. П. Окроян

Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Уфа

Увеличение распространенности морбидного ожирения (МО) и наличие сопутствующих заболеваний, являются важными факторами, влияющими как на продолжительность, так и качество жизни (КЖ) пациентов, при этом КЖ значительно менее исследовано. Эффективное лечение таких пациентов требует оценки влияния на КЖ, различных факторов, связанных с ожирением, в том числе бариатрических операций, выполнение которых позволяет достичь стойкого уменьшения массы тела и вернуть их к полноценной жизни. Многие аспекты КЖ, особенно при МО, связаны с множеством внешних факторов, что обусловливает сложность изучения и интерпретации данных о КЖ.

За период с 2003 г. в клинике хирургических болезней и новых технологий у 64 пациентов, ИМТ у которых превышал 35 кг/м^2, выполнено 82 инвазивных вмешательства в целях коррекции МО.

Женщин было 38 (59,4%), мужчин — 26 (40,6%). Возраст пациентов от 18 до 57 лет, в среднем (36,3 ± 0,84) года. У большинства пациентов диагностированы сопутствующие ожирению заболевания, наиболее часто — сердечно—сосудистые (у 82,1%), нарушения функции внешнего дыхания (у 41,4%), сахарный диабет (у 15,8%).

Длительность ожирения от 5 до 17 лет, в среднем (11,8 ± 0,8) года. Лечебное голодание применяли 59 (92,2%) больных, при этом уменьшение массы тела было незначительным (8—10 кг), после чего она быстро восстанавливалась. Консервативные средства по поводу ожирения применяли все пациенты.

Для анализа результатов хирургического лечения больных по поводу МО нами изучены исход в ближайшие сроки после операции, динамика изменения массы тела в ближайшие месяцы после операции, клиническое течение сопутствующих заболеваний и отдаленные результаты (в сроки до 7 лет). В комплексе исследования проведен мониторинг изменения показателей КЖ пациентов до операции и через 1 год после вмешательства. Инструментом для оценки КЖ являлся опросник "Исследование медицинских результатов — Короткая форма — 36" (MOS: SF—36).

При анализе средних показателей и стандартного отклонения параметров КЖ у 63 пациентов до начала лечения и у 57 — через 1 год после операции установлено положительное изменение КЖ практически у всех пациентов. В большей мере это касается физических показателей КЖ — физического функционирования, ролевого (физического) функционирования, общего здоровья. В то же время изменения показателей психического здоровья — жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное функционирование, психологическое здоровье были недостоверны. Существенное значение в достижении стабилизации психоэмоциональной сферы пациентов, кроме хирургического вмешательства, имели мультидисциплинарный подход и более длительная психологическая помощь с применением психотерапевтических методов.

Таким образом, хирургический метод лечения больных по поводу МО — единственный, который позволяет вернуть человека к полноценной жизни, уменьшить инвалидность, а также избавить его от физических, косметических и психических неудобств, обусловленных ожирением.

СИМУЛЬТАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕНЕРАТОРА АВТОМАТИЧЕСКОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СВАРКИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

В. В. Ганжий, И. Ю. Ганжий, П. Н. Циомашко, К. А. Бойко

Запорожский государственный медицинский университет,
Запорожская государственная медицинская академия последипломного образования,
МСЧ "Мотор Сич", г. Запорожье

Морбидное ожирение (МО) — это хроническое генетически обусловленное заболевание, при котором индекс массы тела (ИМТ) превышает 40 кг/м^2 (масса тела на 45 — 50% больше нормальной).

Примерно у 2—4% пациентов МО сочетается с другими заболеваниями (артериальной гипертензией, сахарным диабетом, заболеваниями суставов, позвоночника, варикозной болезнью вен нижних конечностей, дыхательной недостаточностью, ишемической болезнью сердца и др.). Его опасность очевидна: продолжительность жизни таких больных уменьшается в среднем на 12—15 лет.

При крайне выраженных формах МО пациенты становятся глубокими инвалидами, лишаются возможности выходить из дома, самостоятельно обслуживать себя. Практика показывает: существующие методы консервативного лечения МО эффективны не более чем у 5—10% больных.

Лечение МО является актуальной проблемой современной абдоминальной хирургии.

В качестве подготовительного этапа перед основной операцией у 21 больного при суперожирении (ИМТ более 50—70 кг/м^2), а также при ИМТ менее 35 кг/м^2 использовали внутрижелудочный баллон, наполненный жидкостью. Баллон занимает определенную часть объема желудка, что способствует ограничению количества пищи. Утрата массы тела после такого вмешательства составляла от 15 до 20 кг. Существенное уменьшение массы тела обусловливало образование кожно—жировых складок на передней брюшной стенке, в области грудных желез, на ягодицах, плечах, бедрах. У пациентов такие складки, особенно на передней брюшной стенке, достигали значительных размеров, что создавало определенные неудобства в повседневной жизни. Эти последствия относительно легко устранимы хирургическим путем после стабилизации массы тела. У некоторых пациентов при МО выполняли пластические операции (абдоминопластика — у 37, липосакция — у 41).

Причины, по которым пациенты обращались для выполнения абдоминопластики: избыточное отложение подкожно—жировой клетчатки в виде кожно—жировых складок с образованием так называемого "фартука"; дряблость кожи с наличием растяжек, значительное похудание с провисанием кожи; неэстетическая форма живота с наличием грыжи, диастаза прямых мышц живота.

У 53 пациентов, кроме этих оперативных вмешательств, выполняли симультанные операции (у 21 пациента — лапароскопическую холецистэктомию, у 4 — лапароскопическую фундопликацию и круророфию при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, у 18 — лапароскопические вмешательства при синдроме поликистоза яичников). У всех пациентов во время выполнения симультанных лапароскопических операций применяли генератор автоматической биологической сварки мягких тканей. Осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде мы не наблюдали, все пациенты живы.

Метод выполнения оперативных вмешательств с использованием генератора автоматической биологической сварки мягких тканей является прогрессивной хирургической технологией, основанной на принципе работы одним инструментом в режимах "сварка" и "резание", основные этапы оперативных вмешательств при этом не отличаются от стандартных. Анализируя недостатки и преимущества применения генератора автоматической биологической сварки мягких тканей и монополярной, а также биполярной электрокоагуляции, следует подчеркнуть значительные различия видеолапароскопической картины ложа желчного пузыря и кисты яичника либо оставшегося яичника при его клиновидной резекции, после гемостаза. Если после электрохирургической обработки ложе кисты яичника либо оставшегося яичника при его клиновидной резекции представляло собой сплошную область коагуляционного некроза, то при применении генератора автоматической биологической сварки мягких тканей зона термического повреждения печени или оставшейся ткани яичника практически отсутствовала или была минимальна. Применение генератора автоматической биологической сварки мягких тканей позволяет уменьшить продолжительность оперативного вмешательства, делая его технически более простым и удобным для хирурга, а также частоту интраоперационных осложнений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШУНТИРОВАНИЯ ЖЕЛУДКА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА

В. В. Грубник, В. П. Голляк, М. С. Кресюн

Одесский национальный медицинский университет

Выраженное алиментарно—конституциональное ожирение (ИМТ более 45—50 кг/м^2) чаще всего ассоциируется с нарушением толерантности к глюкозе и сахарным диабетом II типа. Наиболее эффективным методом лечения пациентов является шунтирование желудка (ШЖ). Операцию выполняют в нескольких вариантах (лапароскопическое дистальное и проксимальное ШЖ, ШЖ с использованием силиконового кольца и др.). Нами разработан метод ШЖ с резекцией части желудка и кишечника для уменьшения площади клеток, продуцирующих гастроинтестинальные гормоны. ШЖ — достаточно эффективное оперативное вмешательство для лечения морбидного ожирения, однако влияние операции на течение сахарного диабета II типа недостаточно изучено.

Цель исследования: сравнить эффективность модифицированного и стандартного методов ШЖ при лечении алиментарного ожирения и сахарного диабета II типа.

С 2005 по 2011 г. оперированы 39 пациентов (мужчин — 12, женщин — 27) по поводу морбидного ожирения и сахарного диабета II типа. У 19 пациентов применили стандартное ШЖ (I группа), у 20 — ШЖ по модифицированной методике (II группа). Возраст пациентов I группы от 29 до 64 лет, в среднем 40 лет, II группы — от 30 до 56

лет, в среднем 37 лет. Индекс массы тела в I группе — 46,5 кг/м^2, во II группе — 54,2 кг/м^2. У 10 (52,6%) больных I группы и у 11 (73,3%) — II группы проведена инсулинотерапия. Стойкое снижение уровня глюкозы до нормы в обеих группах достигнуто у 35 (89,7%) больных.

К сожалению, не было возможности напрямую определить у пациентов содержание гастроинтестинальных гормонов до и после операции. В то же время данные о снижении уровня инсулина, глюкозы, гликозилированного гемоглобина после операции косвенно свидетельствовали об изменении уровня гастроинтестинальных гормонов.

Несмотря на то, что у всех пациентов было выраженное ожирение и тяжелые сопутствующие заболевания, после операции все они живы. В отдаленном послеоперационном периоде (через 3 года) избыточная масса тела в I группе уменьшилась в среднем на 62,8%, во II группе — на 89,3% (P < 0,01). ИМТ в I группе снизился на 36,2 кг/м^2, во II группе — более выраженно и стойко — на 29,8 кг/м^2. Полное устранение симптомов сахарного диабета II типа после ШЖ отмечено у 10 (53%) пациентов I группы и у 15 (75%) — II группы.

Таким образом, предварительные результаты достаточно отчетливо и достоверно показывают, что модифицированный метод ШЖ более эффективен в плане уменьшения массы тела и устранения симптомов сахарного диабета II типа.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАНДАЖЕЙ РАЗЛИЧНОЙ КОНСТРУКЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ

В. В. Грубник, В. П. Голляк, М. С. Кресюн

Одесский национальный медицинский университет

Лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка (ЛРБЖ) одно из наиболее частых вмешательств для лечения ожирения в Европе и США. Метод достаточно хорошо изучен и отработан. Тем не менее, многие авторы отмечают влияние конструкции бандажа на частоту послеоперационных осложнений и динамику уменьшения избыточной массы тела. В настоящее время используют регулируемые бандажи высокого и низкого давления.

Цель исследования: сравнение результатов ЛРБЖ с использованием бандажей Minimizer и LapBand (Allergan) в отдаленном послеоперационном периоде с учетом степени уменьшения массы тела и частоты осложнений.

В период с 2004 по 2012 г. ЛРБЖ выполнено у 185 пациентов по поводу ожирения. Бандажи высокого давления и небольшого объема внутреннего резервуара Minimizer и Эндомед (Украина) использованы у 81 пациента (I группа), бандажи с низким давлением и большим объемом LapBand (Allergan) — у 104 (II группа). Диаметр соустья между сформированными резервуарами желудка регулировали в плановом порядке в обеих группах в период от 3 до 6 мес. Индекс массы тела (ИМТ) в I группе составил от 35 до 62 кг/м^2, в среднем 45 кг/м^2, во II группе от 35 до 70 кг/м^2, в среднем 46,5 кг/м^2.

Медиана %EWL (уменьшение избыточной массы тела) у больных I группы через 1, 3, 6, 12, 24, 36 мес после операции составила соответственно 10, 17, 34, 50, 54%, периодичность наблюдения в среднем 6,5 посещения. II группы — 9, 18, 38, 69, 72%, периодичность наблюдения — 8,4 посещения.

Ранние послеоперационные осложнения в сроки до 4 сут возникли у 2 пациентов I группы, в виде умеренной дилатации верхнего резервуара желудка и отека в области соустья, во II группе — ранний слиппедж—синдром, что обусловлено конструктивными особенностями бандажа.

Поздние послеоперационные осложнения наблюдали у 14 больных I группы и у 3 — II группы.

Операции по поводу осложнений выполнены у 8 пациентов I группы и у 2 — II группы (P < 0,05).

Предварительные результаты свидетельствуют, что лапароскопическое ЛРБЖ является достаточно эффективной процедурой. Лучшие результаты отмечены у пациентов II группы при использовании бандажей низкого давления, что обусловлено конструктивными особенностями бандажа, которые позволяют более точно регулировать величину соустья и исключить образование областей высокого давления на стенку желудка.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ГЕРНІОПЛАСТИКИ З ПРИВОДУ ОЖИРІННЯ

І. Я. Дзюбановський, В. І. Пятночка

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

В Україні ожиріння виявляють у 28,5% пацієнтів, надмірну масу тіла — у 48%. У хворих за супутнього ожиріння ризик утворення після операції грижі черевної стінки збільшується до 20%. Незважаючи на широке впровадження сучасних методів герніопластики без натягу тканин, частота рецидивів грижі після герніопластики з використанням місцевих тканин становить близько 50%, після алогерніопластики — 5%. Після алогерніопластики в умовах ожиріння у хворих частіше виникають сероми, нагноєння, відторгнення протеза, рецидивування. Неадекватно виконана операція з подальшим виникненням рецидиву значно погіршує якість життя пацієнтів, вони втрачають віру у можливість лікування і повернення до нормального життя.

Мета дослідження: оцінити якість життя пацієнтів у віддаленому післяопераційному періоді для вибору оптимального хірургічного підходу і розробки заходів щодо запобігання рецидивів, ускладнень, що забезпечить успіх операції, зміцнить віру пацієнта у лікування і можливість покращення якості життя.

Проаналізовані післяопераційні ускладнення та оцінено якість життя 97 пацієнтів, оперованих у плановому порядку з приводу післяопераційної грижі черевної стінки, з супутнім ожирінням за період 2006 — 2010 рр. Вивчали пізні післяопераційні ускладнення та якість життя пацієнтів, у яких здійснено пластику з використанням місцевих тканин та сітчастого імплантата, а також дерматоліпектомію за Pitanguy та Lockwood симультанно з алогерніопластикою.

В усіх хворих визначали індекс маси тіла (ІМТ) за формулою Кетле, якість життя оцінювали за допомогою опитувальника MOS SF—36.

У пізньому післяопераційному періоді рецидив виник у 56,5% пацієнтів, оперованих з виконанням пластики місцевими тканинами. Після алогерніопластики on lay серома утворилася у 33,3% хворих, що у 4 рази частіше, ніж у пацієнтів, оперованих за методикою sub lay. Найменшою (4,3%) частота ускладнень у віддаленому післяопераційному періоді була в групі пацієнтів, яким здійснено симультанну абдоміноліподермопластику (АЛДП) з алогерніопластикою sub lay. Найкращі показники ІМТ через 1 рік після операції відзначені у пацієнтів після алогерніопластики та АЛДП; найвищі показники фізичного здоров'я — АЛДП та алогерніопластики sub lay.

Висновки

1. У хворих з післяопераційною та рецидивною грижею черевної стінки на тлі ожиріння виконання герніопластики з використанням місцевих тканин супроводжується найбільшою частотою післяопераційних ускладнень, рецидивів грижоутворення та найгіршими показниками якості життя у віддаленому періоді.

2. У пацієнтів, яким оперативне втручання обмежене виконанням алогерніопластики за методикою on lay, частота ускладнень у 4 рази більша, ніж після алогерніопластики за методикою sub lay.

3. Поєднане виконання АЛДП з алогерніопластикою підвищує надійність оперативного втручання, до мінімуму зменшує частоту післяопераційних ускладнень та рецидивів, забезпечує хороший косметичний ефект, що сприяє психологічній та соціальній реабілітації пацієнтів, покращує якість їх життя.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ГРИЖІ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У ПАЦІЄНТІВ ЗА МОРБІДНОГО ОЖИРІННЯ: АПРОБАЦІЯ ЛЬВІВСЬКОГО ПРОТОКОЛУ

Б. В. Дибас, І. Д. Герич

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Незважаючи на суттєвий прогрес сучасної герніології, хірургічне лікування післяопераційної грижі черевної стінки (ГЧС) є однією з найскладніших проблем абдомінальної хірургії. Особливий контекст цієї проблеми стосується лікування ГЧС у пацієнтів за надмірної маси тіла та морбідного ожиріння, як з огляду на технічні складнощі виконання оперативного втручання, так і високу частоту системних і локальних післяопераційних ускладнень.

Мета роботи: оцінка ефективності протоколу лікування післяопераційної ГЧС у пацієнтів з морбідним ожирінням.

В період 2005—2012 рр. в хірургічних клініках Львівської обласної клінічної лікарні та Комунальної міської клінічної лікарні м. Львова у плановому порядку лікували 35 хворих на морбідне ожиріння з приводу післяопераційної ГЧС. Вік пацієнтів від 34 до 72 років, у середньому (42,7 ± 9,12) року, жінок було 28 (80%), чоловіків — 7 (20%). Маса тіла хворих від 89 до 156 кг, індекс маси тіла — від 29 до 56 кг/м^2. В усіх пацієнтів ГЧС були післяопераційними, за класифікацією J. P. Chevrel, A. M. Rath (SWR classification, 1999) стратифікувалися так: у 25 (71,4%) хворих — серединні (M), у 8 (22,8%) — латеральні (L), у 2 (5,7%) — поєднані (ML); у 18 (51,4%) — ширина воріт 5—10 см (W2), у 10 (28,6%) — 10—15 см (W3), у 7 (20%) — понад 15 см (W4). У 10 (28,6%) пацієнтів виявлений рецидив грижі: після автопластики у 6 (17,1%) або алопластики — у 4 (11,4%), у тому числі у 3 — повторний рецидив (R2), в 1 (2,8%) пацієнтки — третій (R3).

В усіх хворих до операції визначали класичні показання і на підставі наявності стійкого больового синдрому, невправної грижі чи збільшення частоти епізодів часткової непрохідності кишечнику за відсутності очевидних протипоказань. Передопераційна діагностично—лікувальна програма у пацієнтів за наявності післяопераційної ГЧС на тлі морбідного ожиріння передбачала тотальне скринінгове обстеження основних систем гомеостазу, інструментальну візуалізацію органів черевної порожнини, грижових воріт і вмісту грижового мішка, яку при гігантських ГЧС доповнювали МРТ і моделюванням, планіметричним плануванням оптимального обсягу дерматоліпектомії, терапевтичною корекцією до безпечного рівня компенсації супутніх соматичних захворювань, тривалою бандажною адаптаційною компресією передньої черевної стінки та перманентним гігієнічно—санаційним обробляннням шкіри в зоні планованого оперативного втручання (гігієнічні процедури двічі на добу, обробляння шкіри передньої черевної стінки та складок шкіри розчином полівінілпіролідону йодом або 40% розчином етилового спирту). Тривалість передопераційної підготовки 7 — 22 дні, у середньому (12,2 ± 8,46) дня, підготовка шкіри — 7—10 діб, у середньому (7,2 ± 2,2) дня.

На висоті максимальної компенсації основних параметрів гомеостазу усі пацієнти оперовані під комбінованим ендотрахеальним наркозом. Обов'язковими умовами виконання втручання у хворих було періопераційне застосування "превентивної тріади": 1) антиемболічних панчох; 2) передопераційної одноразової ін'єкції низькомолекулярних гепаринів (фраксипарин або клексан 0,3 мг); 3) періопераційної антибіотикопрофілактики (цефалоспорини I—II покоління 1 г за 30 хв перед операцією і ще двічі по 1 г через 8 і 16 год).

В усіх хворих оперативне втручання передбачало ретельне висічення післяопераційного рубця та прилеглого надмірного сегменту шкіри і підшкірного прошарку (як правило, великого шкірно—підшкірного "фартуха"), грижосічення (в усіх хворих з резекцією 2/3 великого сальника для зменшення ризику підвищення внутрішньочеревного тиску після операції) та алопластику грижових воріт без натягу тканин з застосуванням поліпропіленової (у 27 хворих — Prolene, Ethicon) або композитної (у 8 — Ultrapro, Ethicon) сітки. У 24 (68,5%) пацієнтів імплантат фіксували передочеревинно (sub lay) за методикою Rives—Stoppa в нашій модифікації (з черезапоневротичною фіксацією сітки П—подібними швами по периметру апоневротичного футляру прямих м'язів живота та до лінії швів задньої м'язової піхви), в 11 (31,4 %) — над незашитим дефектом апоневрозу (in lay). Технічні особливості виконання оперативних втручань у пацієнтів за морбідного ожиріння передбачали використання методики "превентивного гемостазу" та прецизійної хірургічної техніки, що забезпечувало виконання втручання на "сухому" операційному полі, власної методики поетапної площинної фіксації відшарованих шкірно—підшкірних клаптів до зовнішнього листка апоневрозу, використання новітнього синтетичного шовного матеріалу для пошарового (3—4 рядного) зашивання рани після її ретельного обробляння полівінілпіролідон йодом, відмову від використання підшкірних дренажів.

В усіх пацієнтів на тлі стандартної післяопераційної терапії, застосування режиму ранньої активізації хворих, стандартної антибіотикопрофілактики та заходів з попередження тромбоемболічних ускладнень (дозована компресія гомілок, застосування низькомолеку-

лярних гепаринів) та іммобілізації передньої черевної стінки еластичними бандажами, спостерігали сприятливий клінічний перебіг. Системних ускладнень не було, всі пацієнти живі. За результатами УЗД—скринінгу операційної рани у 3 (8,6%) пацієнтів утворилася безсимптомна серома, успішно усунута за допомогою консервативної терапії, в однієї хворої — поверхневий запальний інфільтрат крайового сегмента рани. Після операції тривалість лікування хворого у стаціонарі становила у середньому (10,2 ± 2,8) дня. За період спостереження (6 міс — 7 років) рецидивів грижі не було.

Застосування запропонованого протоколу забезпечило ефективні безпосередні і віддалені результати хірургічного лікування післяопераційної ГЧС у пацієнтів за морбідного ожиріння, що дало підстави для його впровадження в широку хірургічну практику.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

Е. П. Дмитренко

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев

По данным Всемирной организации здравоохранения, в развитых странах Европы у 45—70% жителей выявляют избыточную массу тела. Ожирение является не только медицинской, но и социальной проблемой. По данным литературы, у 72% больных при ожирении и метаболическом синдроме диагностируют изменения пищеводно—желудочного перехода. Кроме того, ранее считали, что ожирение является фактором риска возникновения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Использование хирургических методов позволяет не только уменьшить массу тела, но и нормализовать биохимические показатели крови. Все современные методы бариатрической хирургии в той или иной степени связаны с вмешательством на желудке. Однако в литературе не уделено должное внимание изучению морфофункционального состояния пищеводно—желудочного перехода у пациентов при ожирении.

Цель: изучить морфофункциональное состояние пищеводно—желудочного перехода у больных при морбидном ожирении.

В клинике в период с 2009 по 2012 г. обследовали 43 пациента с ожирением, мужчин — 15 (34,9%), женщин — 28 (65,1%). Возраст больных от 18 до 62 лет, в среднем (41,3 ± 9,6) года. ИМТ составил в среднем (50,5 ± 9,4) кг/м^2, у 23 пациентов он превышал 50 кг/м^2.

У 2 (4,6%) пациентов по данным эндоскопии отмечены признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), зубчатая линия располагалась на уровне соответственно 36 и 38 см от резцов. У 10 (23,3%) пациентов по данным ЭГДФС "розетка" кардии зияла, у 2 (4,6%) — частично смыкалась. У 10 (23,3%) пациентов диагностирована эндоскопически позитивная форма ГЭРБ, из них у 8 (18,6%) — изменения слизистой оболочки нижней трети пищевода соответствовали таковым при рефлюкс—эзофагите LA—A, у 2 (4,6%) — LA—B. У 2 (4,65%) пациентов диагностированы полипы кардии. По данным внутрипищеводного мониторинга pH у 16 (37,2%) пациентов диагностирована ГЭРБ, у 6 (13,9%) — по данным ЭГДФС изменения слизистой оболочки нижней трети пищевода отсутствовали. Индекс DeMeester у этих пациентов значительно превышал норму и был в пределах 38,15 — 87,51, в среднем 56,69 ± 5,86. Повышение индекса DeMeester обусловлено увеличением как частоты патологических рефлюксов, так и их продолжительности. Наиболее часто патологический желудочно—пищеводный рефлюкс у пациентов при ГЭРБ отмечали в дневные часы — у 9 (20,9%), в течение всего времени исследования — у 5 (11,6%). Изолированный ночной рефлюкс выявлен у 2 (4,6%) пациентов. Для рефлюкса в дневное время характерно увеличение частоты и продолжительности после еды. Чаще наблюдали кислый рефлюкс — у 14 (32,6%) пациентов, смешанный кислотно—щелочной рефлюкс — у 2 (4,6%). При исследовании базальной pH в просвете пищевода этот показатель составлял 3,20 — 6,30, в среднем 4,43 ± 0,27. При манометрии пищевода у 15 (34,9%) пациентов отмечено снижение давления нижнего пищеводного сфинктера (НПС), которое составляло в среднем (8,44 ± 0,97) мм рт. ст. У 3 (7%) пациентов при ГЭРБ давление НПС было в пределах нормы. У 2 (4,6%) пациентов при снижении давления НПС по данным мониторинга pH пищевода патологические гастроэзофагеальные рефлюксы не обнаружены. У 15 (34,8%) пациентов проведено рентгенологическое исследование с контрастированием, у остальных — рентгенологическое исследование не выполняли, поскольку технические возможности аппарата ограничены и не рассчитаны на пациентов с морбидным ожирение. У 2 больных диагностирована ГПОД I типа, II степени. Пищеводно—желудочный рефлюкс по данным рентгенологического исследования не выявлен.

У 37,2% пациентов при ожирении диагностируют ГЭРБ, у 4,6% — ГПОД. В структуре ГЭРБ преобладает эндоскопически позитивная форма — у 23,3% больных. У 52,2% больных патологический рефлюкс диагностируют в дневное время, после приема пищи. У 34,9% больных с ожирением давление НПС снижено, из них у 4,6% — при мониторинге pH пищевода патологические гастроэзофагеальные рефлюксы не обнаружены.

Состояние пищеводно—желудочного перехода необходимо учитывать при выборе метода бариатрической операции.

ВПЛИВ АБДОМІНОПЛАСТИКИ НА ВМІСТ ЛІПІДІВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ

О. І. Дронов, Л. О. Рощина, В. І. Федорук, Є. Ю. Буров, П. В. Федорук, М. І. Насташенко

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ

Деформація черевної стінки значною мірою спричинена локальним надмірним відкладенням підшкірної жирової клітковини. У більшості (до 70%) пацієнтів, яким показана хірургічна корекція передньої черевної стінки, виявляють ожиріння. Важливість проблеми ожиріння визначається загрозою інвалідності в осіб молодого віку та зменшенням тривалості життя у зв'язку з виникненням супутніх захворювань. До них належать цукровий діабет II типу, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, гіперурикемія, репродуктивна дисфункція, жовчнокам'яна хвороба, остеоартрит, деякі онкологічні захворювання. Саме тому ця проблема потребує детального вивчення.

Метою дослідження є вивчення впливу у ранньому післяопераційному періоді видалення з організму певного об'єму жирової тканини на зміни обміну ліпідів.

В клініці за період з 2001 по 2011 р. спектр ліпідів сироватки крові досліджували у 132 пацієнтів, розподілених на 2 групи. У 73 пацієнтів з надмірною масою тіла та ожирінням (основна група) виконані операції з приводу патології передньої черевної стінки, органів черевної порожнини, малого таза та абдомінопластика. Маса видаленого шкірно—жирового клаптя 500 — 3000 г. В групу порівняння включені 59 пацієнтів з надмірною масою тіла та ожирінням, яким виконували операції на передній черевній стінці або органах черевної порожнини та малого таза без абдомінопластики. З метою оцінки ліпідного спектру сироватки крові до та після операції визначали концентрацію загального холестерину (ХС), ХС ЛПНЩ, ЛПДНЩ і ЛПВЩ, тригліцеридів (ТГ), коефіцієнт атерогенності (Клімова). Цифровий матеріал оброблений з використанням методів варіаційної статистики.

В ранньому післяопераційному періоді відзначали зниження рівня загального ХС як в основній групі, так і в групі порівняння, за рахунок ХС ЛПНЩ та ХС ЛПДНЩ. В основній групі спостерігали зниження середнього рівня загального ХС на 14—ту добу після операції до нормальних показників — (4,71 ± 0,06) ммоль/л (P < 0,01), в групі порівняння, хоча і відзначали зниження середнього рівня загального ХС до (5,16 ± 0,11) ммоль/л, проте, ця різниця недостовірна (P=0,52). Зниження середнього рівня ХС в групах у ранньому післяопераційному періоді достовірне (P < 0,01). Зниження рівня загального ХС після операції у хворих основної групи зумовлене зниженням рівня ХС ЛПНЩ та ХС ЛПДНЩ. Так, концентрація ХС ЛПНЩ зменшилася у середньому на 15,2% і достовірно відрізнялася від такої до операції — (2,84 ± 0,07) ммоль/л (P < 0,01). В групі порівняння також спостерігали тенденцію до зменшення цього показника — на 2,6% — (3,42 ± 0,07) ммоль/л (P=0,42). Видалення шкірно—жирового клаптя в основній групі сприяло достовірно більшому зниженню середнього рівня ХС ЛПНЩ у порівнянні з таким у хворих, яким не виконували цю операцію (P < 0,01). Концентрація ХС ЛПДНЩ в основній групі зменшилася у середньому на 10,7% 0— (0,71 ± 0,03) ммоль/л (P = 0,037), в групі порівняння — на 5,1% — (0,76 ± 0,03) ммоль/л (P = 0,27). Хоча в основній групі зниження рівня ХС ЛПДНЩ після операції було достовірним, а в групі порівняння — недостовірним, між групами достовірної різниці не було (P = 0,25). Водночас, в ранньому післяопераційному періоді у хворих досліджуваних груп відзначали підвищення середнього рівня ХС ЛПВЩ. На відміну від ХС ЛПНЩ та ХС ЛПДНЩ, середня концентрація ХС ЛПВЩ збільшувалася: в основній групі — на 26% — (1,09 ± 0,03) ммоль/л (P < 0,01), в групі порівняння — на 7,4% — (0,99 ± 0,02) ммоль/л (P = 0,64). Отже, кількість хворих, у яких нормалізувався вміст ХС ЛПВЩ, в групі порівняння недостовірно відрізнялася від такої в основній групі (P = 0,006). Середня концентрація ТГ на 14—ту добу після операції зменшилася в обох групах у порівнянні з такою до операції: в основній групі — на 22,4% — до (1,28 ± 0,031) ммоль/л (P < 0,01); в групі порівняння — на 6,4% — до (1,60 ± 0,04) ммоль/л (P = 0,071). У середньому вміст ТГ після операції був достовірно більшим в основній групі (P < 0,01). Коефіцієнт атерогенності після операції в основній групі і групі порівняння зменшився до норми відповідно 2,47 ± 0,09 і 3,36 ± 0,13, проте, в групі порівняння був достовірно меншим (P < 0,01).

Таким чином, здійснення абдомінопластики у пацієнтів з надмірною масою тіла супроводжувалося позитивною динамікою спектру ліпідів крові. Позитивний вплив оперативного втручання проявлявся зменшенням вмісту ТГ, загального ХС, підвищенням рівня ХС ЛПВЩ. Отримані результати свідчать про антиатерогенний ефект абдомінопластики у пацієнтів при ожирінні.

СПОСІБ ОБЧИСЛЕННЯ МАКСИМАЛЬНОЇ МАСИ ШКІРНО—ЖИРОВОГО КЛАПТЯ, ЯКИЙ МОЖНА ВИДАЛИТИ ПІД ЧАС АБДОМІНОПЛАСТИКИ

О. І. Дронов, Л. О. Рощина, В. І. Федорук, П. В. Федорук, М. І. Насташенко

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ

З використанням методу логістичної регресії визначено залежність виникнення стану гіперкоагуляції від маси шкірно—жирового клаптя, який видаляли під час абдомінопластики (% МВК), у хворих за наявності косметичних дефектів передньої черевної стінки та ожиріння. Ймовірність виникнення стану гіперкоагуляції нелінійно зростає у міру збільшення % МВК і перевищує 50% (високий ризик виникнення гіперкоагуляції), якщо він становить 5,1% від маси тіла.

Сучасна концепція лікування хворих на ожиріння, що поєднується з птозом шкірно—підшкірного клаптя передньої черевної стінки, передбачає видалення цього клаптя з косметичною і терапевтичною метою. Однією з поширених операцій, яка передбачає корекцію або усунення косметичних дефектів передньої черевної стінки, спричинених функціональним або органічним порушенням її тканин, є абдомінопластика. Виконання абдомінопластики забезпечує позитивні зміни в системі гомеостазу: покращуються показники ліпідного та вуглеводного обміну. Водночас, така операція супроводжується негативними наслідками у ранньому післяопераційному періоді: гіперкоагуляцією, зниженням рівня гемоглобіну, підвищенням ризику виникнення місцевих ускладнень в ділянці хірургічного втручання тощо. Найбільш небезпечні зміни в системі гемостазу. Тому хірургічна

практика свідчить про необхідність визначення максимально допустимої маси шкірно—жирового клаптя передньої черевної стінки, який можна видалити під час абдомінопластики, відносно маси тіла на підставі аналізу змін показників гемостазу.

В основу роботи покладений аналіз результатів обстеження й хірургічного лікування 132 пацієнтів з дефектами передньої черевної стінки, ожирінням та іншими хірургічними захворюваннями. Переважали жінки — 127 (96,2%), чоловіків було 5 (3,8%). Вік пацієнтів у середньому (45,9 ± 0,9) року. Індекс маси тіла у середньому (36,1 ± 0,6) кг/м^2.

Відповідно до поставлених завдань дослідження хворі перед операцією розподілені на дві групи: основну і групу порівняння. До основної групи увійшли 73 хворих, в 11 (15%) з них виконана абдомінопластика як самостійна операція, у 62 (85%) — абдомінопластика у поєднанні з операціями на органах черевної порожнини та передньої черевної стінки, з приводу захворювань вен нижніх кінцівок, грудних залоз, стегон. До групи порівняння увійшли 59 пацієнтів, оперованих з приводу захворювань черевної порожнини, передньої черевної стінки, варикозної хвороби нижніх кінцівок, грудної залози та стегон без абдомінопластики. Хворі репрезентативні за статтю, середнім віком, середнім індексом маси тіла, достовірно не відрізнялись за типом косметичного дефекту, характером хірургічної патології.

Оскільки хворі основної групи відрізнялися від хворих групи порівняння тим, що у них видаляли шкірно—жировий клапоть, логічно припустити зв'язок стану гіперкоагуляції з масою видаленої жирової тканини. Досліджували зв'язок змін в системі гемостазу з масою видаленого шкірно—жирового клаптя на 2—гу добу після операції. Маса видаленого шкірно—жирового клаптя від 500 до 18000 г, у середньому (4653,5 ± 4,37) г. Оскільки у хворих маса тіла до операції різна, використовували показник маси видаленого клаптя у відсотках від загальної маси тіла хворого (% МВК), який становив від 0,5 до 16%, у середньому (4,4 ± 0,3)%.

При зіставленні вмісту фібриногену і % МВК встановлений достовірний позитивний зв'язок цих змінних, який найкраще описується квадратичною залежністю: R^2 = 0,317; P=0,001. При зіставленні величини АЧТЧ і % МВК встановлений достовірний негативний зв'язок цих змінних, який також найкраще описується квадратичною залежністю: R^2 = 0,456; P=0,001. Таким чином, два показники, що характеризують систему гемостазу, змінювались залежно від % МВК. За допомогою методу логістичної регресії обчислено залежність частоти виникнення стану гіперкоагуляції від % МВК. Ймовірність виникнення стану гіперкоагуляції нелінійно зростає у міру збільшення % МВК. Високий ризик виникнення гіперкоагуляції відповідає % МВК понад 5,1% від маси тіла. Видалення шкірно—жирового клаптя масою, меншою 5,1% від маси тіла хворого, асоціюється з низьким ризиком виникнення гіперкоагуляційного стану і є заходом його певної профілактики. Оскільки нами визначений максимальний % МВК, знаючи масу тіла пацієнта, можливо визначити масу клаптя, яку можна видалити одномоментно.

Отже, ймовірність виникнення стану гіперкоагуляції після абдомінопластики нелінійно зростає у міру збільшення % МВК і перевищує 50% (високий ризик виникнення гіперкоагуляції), якщо він перевищує 5,1% від маси тіла.

ПЛАСТИКА БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ ГРУДИ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИМ ТРАМ—ЛОСКУТА

Н. Ф. Дрюк, Н. Н. Дрюк

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев

Реконструкция груди после мастэктомии по поводу раны грудной железы (ГЖ) с использованием ТРАМ—лоскута передней брюшной стенки, предложенная более 20 лет назад, является "золотым стандартом", хотя сегодня чаще применяют более простые и доступные методы с использованием силиконовых имплантатов.

На основании анализа 12—летнего опыта (более 45 больных) одномоментной и отсроченной реконструкции груди с использованием ТРАМ—лоскута выделяем некоторые акценты, касающиеся методики и техники абдоминопластики, в целях достижения оптимальных результатов, профилактики отдаленных осложнений и негативных последствий. Следует подчеркнуть сложность этих операций и отсутствие достаточного опыта в начальный период их освоения.

Абдоминопластика при этом была как составляющая, этап выделения и пересадки лоскута, причем, особенно в начальный период ее рассматривали как второстепенный, поскольку основное внимание было сосредоточено на обеспечении кровоснабжения и жизнеспособности лоскута.

У всех больных, которым произведена реконструкция путем пересадки ТРАМ—лоскута на питающей мышечной ножке (контра— или ипсилатеральной, а также на двух ножках), сохранена жизнеспособность лоскута, в том числе при краевом некрозе и частичном (до 25%) некрозе кожи лоскута. При пластике дефекта мышечно—апоневротического каркаса применяли некоторые приемы, разработанные C. R. Hartrampf, с использованием фасциально—апоневротических структур и мышц передней брюшной стенки. Полипропиленовые сетчатые протезы использовали для пластики дефекта при пересадке лоскута на двух мышечных ножках, а также у некоторых больных — при пересадке на контралатеральной ножке, у которых прямую мышцу пересекали значительно ниже полукруглой линии.

Повторная пластика мышечно—апоневротического каркаса в отдаленные сроки по поводу "грыжевого выпячивания" выполнена у 2 больных, у одной из этих пациенток на первом этапе для пластики применяли сетчатый полипропиленовый эндопротез. У обеих пациенток ранее выполнена одномоментная с мастэктомией реконструкция груди.

У всех пациенток достигнут эстетически хороший или "приемлемый" результат. Липосакцию и резекционно—пластические вмешательства при образовании гипертрофических и "растянутых" послеоперационных рубцов в отдаленном периоде выполняли по желанию пациенток, они были достаточно эффективны.

Применение разработанной тактики позволило обеспечить достаточную прочность (состоятельность) мышечно—апонекротического каркаса брюшной стенки и хорошие эстетические результаты, которые у большинства пациенток сравнимы с результатами эстетической абдоминопластики.

ОБМЕН ГЛЮКОЗЫ И ЛИПИДОВ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОЖИРЕНИИ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ II ТИПА ПОСЛЕ БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Е. В. Ершова, Ю. И. Яшков

Эндокринологический научный центр МЗ РФ, г. Москва,
Центр эндохирургии и литотрипсии, г. Москва

Изучена динамика показателей обмена глюкозы и липидов у пациентов при ожирении и сахарном диабете (СД) II типа после билиопанкреатического шунтирования (БПШ).

Обследованы 70 пациентов, в том числе 45 женщин и 25 мужчин, в возрасте в среднем (45,0 ± 8,4) года, с выраженным ожирением — ИМТ (48,2 ± 7,3) кг/м^2 и СД II типа (40% пациентов применяли диетотерапию, 44% — пероральные сахароснижающие препараты, 16% — инсулин) до и в сроки 5 лет после БПШ. Определяли антропометрические (масса тела, ИМТ) и гормонально—метаболические (содержание глюкозы, гликозилированного гемоглобина — HbA1c, ИРИ, HOMA—R, ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ) показатели.

В целом по группе в первый год после БПШ масса тела уменьшилась на 35,5%: ИМТ от (48,2 ± 7,3) до (32,3 ± 4,9) кг/м^2 (P < 0,001) и сохранялась практически стабильной в последующие 4 года наблюдения — ИМТ (30,3 ± 5,0) кг/м^2 с незначительным уменьшением в целом до 37% через 5 лет после операции. Исходно у 83% пациентов диагностировано морбидное ожирение (ИМТ более 40 кг/м^2), через 3 года после БПШ у всех пациентов ИМТ не превышал 40 кг/м^2. Уменьшение массы тела сопровождалось достоверным улучшением показателей углеводного обмена. Через 3 мес после операции отмечена нормализация гликемии натощак: исходно — (9,2 ± 3,5) ммоль/л, через 3 мес — (5,7 ± 1,2) ммоль/л (P < 0,001), которая сохранялась на протяжении 5 лет наблюдения — (4,3 ± 0,4) ммоль/л. Аналогичные тенденции отмечены и в отношении уровня HbA1c: исходно — (7,9 ± 2,0)%, через 3 мес — (5,6 ± 0,7)% (P < 0,001), через 5 лет — (5,2 ± 1,4)%. Через 5 лет после БПШ в целом по группе отмечено уменьшение гиперинсулинемии на 73% (P < 0,001): медиана от исходно 17,8 Ед/л (13,9; 28,1) до 8,7 Ед/л (5,1; 11,5) — через 3 мес и до 4,7 Ед/л (2,0; 7,4) — через 5 лет наблюдения. Также отмечено значительное улучшение чувствительности к эндогенному инсулину (P < 0,001) уже через 3 мес после операции — снижение индекса HOMA—R от 7,7 (6,0; 18,4) исходно до 1,9 (1,3; 2,8) и сохранение результатов в отдаленные сроки: через 5 лет медиана индекса HOMA—R 0,9 (0,4; 1,4). За период наблюдения уменьшилось количество пациентов, которым показано проведение инсулинотерапии, с 16 до 0% (P < 0,001), пероральных сахароснижающих препаратов — с 44 до 1,4% (P < 0,001). Уменьшение массы тела после оперативного вмешательства сопровождалось достоверным (P < 0,001) улучшением показателей липидного обмена: нормализацией уровня ОХС, ХС ЛПНП и ТГ уже через 3 мес после БПШ: ОХС от (5,6 ± 1,2) до (4,0 ± 1,5) ммоль/л, ХС ЛПНП от (3,3 ± 1,5) до (2,0 ± 0,7) ммоль/л, ТГ от 2,2 до 1,6 ммоль/л и сохранением их нормальных значений на протяжении всего периода наблюдения: ОХС (3,4 ± 0,9) ммоль/л, ХС ЛПНП (1,6 ± 0,5) ммоль/л, ТГ 0,9 ммоль/л. Отмечено снижение уровня ХС ЛПВП через 3 мес после БПШ от исходно нормального (1,3 ± 0,5) до (0,9 ± 0,3) ммоль/л (P < 0,001), его нормализация через 2 года и сохранение в пределах нормы в последующие 3 года наблюдения. Если до БПШ гиперхолестеринемию наблюдали у 49% больных, повышение уровня ХС ЛПНП — у 35%, гипертриглицеридемию — у 43%, через 3 мес после БПШ — соответственно у 9, 6 и 24%, в отдаленные сроки наблюдения дислипидемию не выявляли.

Таким образом, у пациентов при ожирении и СД II типа уменьшение массы тела после БПШ сохранялось в сроки наблюдения до 5 лет, что сопровождалось у большинства пациентов значительным улучшением показателей углеводного обмена, нормализацией липидного спектра крови уже через 3 мес, которые сохранялись в сроки наблюдения до 5 лет.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ГАСТРОШУНТИРОВАНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

П. А. Затолокин, Л. С. Литвинова, Е. В. Кириенкова

Балтийский федеральный университет им. И. Канта, г. Калининград, РФ,
Областная клиническая больница, г. Калининград, РФ

Увеличение частоты выявления избыточной массы тела, явная тенденция к омоложению, наблюдаемая практически во всех странах мира, несомненная связь ожирения с сердечно—сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом II типа, метаболическим синдромом (МС), стеатозом печени, ухудшением качества и уменьшением продолжительности жизни обусловливают актуальность проблемы. В настоящее время одним из эффективных методов лечения ожирения является лапароскопическое гастрошунтирование (ЛГШ, Roux—en—Y gastric bypass — RYGB). Оперативное лечение, по—видимому, способно разорвать "порочный круг" дальнейшего прогрессирования МС, и, как следствие, улучшить качество жизни пациентов. Принимая во внимание недостаточный опыт применения бариатрических операций в России, целью исследования явилась оценка влияния хирургического лечения (ЛГШ) на качество жизни, изменение типа пищевого поведения, а также на содержание в сыворотке ключевых медиаторов, регулирующих пищевое поведение и метаболизм жировой ткани (грелин, лептин), в отдаленный период после операции (в среднем, через 14—64 мес). В программу исследования включены 58 пациентов с МС, из них 37 женщин и 21 мужчина, в возрасте в среднем (43,9 ± 8,8) года. Диагноз МС устанавливали согласно классификации ВОЗ (1998). Индекс массы тела (ИМТ) составил (46,3 ± 5,5) кг/м^2. Качество жизни оценивали с помощью опросника качества жизни Moorehead—Ardelt Quality of Life Questionnaire II (USA), тип пищевого поведения определяли по балльной системе Голландского опросника пищевого поведения DEBQ. Концентрацию лептина и грелина в сыворотке крови определяли методом ИФА (ELISA), в соответствии с инструкциями производителей тест—систем "DRG Diagnostics, Германия; "Bachem", Torrence, Канада". Хирургическое лечение больных с ожирением способствовало существенному уменьшению ИМТ — с (46,3 ± 9,9) до (32,4 ± 5,3) кг/м^2 (P < 0,0001). Показатель, характеризующий процент уменьшения массы тела (EWL), у этих пациентов составлял

60%. Значимо изменились показатели, косвенно характеризующие качество жизни пациентов. Исходя из результатов (оценочная система BAROS), в отдаленный период после ЛГШ у пациентов отмечали значительное улучшение качества жизни (пациенты положительно отвечали на вопросы, связанные с общей самооценкой, физической активностью, социальной адаптацией, сексуальной жизнью и т.д.). Кроме того, достоверно изменился тип пищевого поведения. Так, до ЛГШ преобладали эмоциональный и экстернальный типы поведения — (3,143 ± 0,352) и (3,78 ± 0,809) баллов, при рекомендованных значениях соответственно 1,8 и 2,7 балла,. После ЛГШ исследуемые показатели были сопоставимы со средними значениями у людей с нормальной массой тела — соответственно (2,043 ± 0,144) и (2,51 ± 0,147) баллов. Показатели ограничительного пищевого поведения, характеризующегося преднамеренными усилиями, посредством самоограничения в питании, не изменялись. В отдаленные сроки после ЛГШ уровень лептина в крови пациентов снизился более чем в 3 раза (P < 0,001), уровень грелина, наоборот, повысился в 3,25 раза (P < 0,001).

До ЛГШ у пациентов выявлены отрицательные взаимосвязи между качеством жизни и ИМТ (r= —0,46, P < 0,05), качеством жизни и эмоциональным и экстернальным типами поведения (r= —0,56, P < 0,05 и r= —0,46, P < 0,05, соответственно). При этом отмечена позитивная зависимость между эмоциональным и экстернальным типами поведения (r=0,39, P < 0,05), качеством жизни и возрастом пациентов (r=0,38, P < 0,05). Установлена сильная связь между полом и ограничительным типом пищевого поведения (r=0,88, P < 0,05), а именно, женщины более склонны к указанному типу пищевого поведения, чем мужчины, а также возрастом и ограничительным типом пищевого поведения (r=0,46, P < 0,05). Кроме того, исходно отмечены отрицательные корреляционные взаимосвязи между уровнем лептина и грелина (r= —0,41, P < 0,05), грелина и ИМТ (r= —0,52, P < 0,05), грелина и экстернального и эмоционального типов поведения (r= —0,38; r= —0,36, P < 0,05), лептина и качества жизни (r= —0,49, P < 0,05); позитивные — между уровнем лептина и ИМТ (r= 0,56, P < 0,05).

В отдаленные сроки после ЛГШ также установлены достоверные корреляционные взаимосвязи: отрицательная — между показателем EWL и ограничительным типом поведения (r= —0,72, P < 0,05), положительная — между EWL и качеством жизни (r=0,61, P < 0,05), что свидетельствовало, с одной стороны, о том, что, чем больше уменьшилась масса тела, тем лучше качество жизни, с другой стороны, об уменьшении необходимости ограничивать себя в приеме пищи, что, возможно, обусловлено сохраняющимся рестриктивным компонентом операции в отдаленном периоде после ЛГШ. Кроме того, после ЛГШ установлены позитивные связи между уровнем грелина и возрастом (r=0,87, P < 0,05), а также полом пациентов (r=0,76, P < 0,05).

Таким образом, операция ЛГШ способствует субъективному и объективному улучшению качества жизни, изменению типа пищевого поведения и нормализации содержания ключевых медиаторов, регулирующих пищевое поведение и метаболизм жировой ткани. Исследование проведено в рамках реализации Федеральной целевой программы "Научные и научно—педагогические кадры инновационной России" на 2009 — 2013 гг.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

М. П. Захараш, Р. Н. Абу Шамсия, А. Ю. Иоффе, Л. Г. Заверный, Е. М. Дубенко

Национальный медицинский университет им. А. А.Богомольца МЗ Украины, г. Киев

В настоящее время интенсивно разрабатываются новые методы оценки состояния здоровья населения, которые дополняют такие стандартные показатели, как заболеваемость и смертность. Среди них оценка качества жизни (КЖ) занимает ведущее место.

В связи с этим ВОЗ приняла решение об организации унифицированного международного инструмента оценки этого показателя. Среди 38 задач разработанной ВОЗ Европейской стратегии достижения здоровья к 2000 г. второе место занимает задача "здоровье и качество жизни".

Оценка КЖ в медицине применяется все шире, она становится неотъемлемой частью комплексного анализа новых методов диагностики, лечения и профилактики.

Цель исследования — улучшить результаты лечения больных с морбидным ожирением (МО).

В клинике за период с 2001 по 2012 г. обследованы 102 пациента с МО. Из них у 56 больных была сопутствующая желчнокаменная болезнь. Средний возраст пациентов составлял 45 лет (17—63). Из них мужчин 38 (37,2%), женщин — 64 (62,8%).

Во время обследования у больных выявлена следующая сопутствующая патология: гипертоническая болезнь — у 96 (94,1%), сахарный диабет — у 24 (23,5%), синдром Пиквика — у 6 (5,9%). Прооперированы 36 (35,2%) больных МО, из них у 15 (41,6%) проведено лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка, у 1 (2,7%) — лапароскопическая уменьшающая резекция желудка (sleeve gastrectomy), у 20 (55,7%) прооперированы открыто (2001—2006 гг.), выполнено нерегулируемое бандажирование желудка. Масса тела пациентов составляла от 85 до 190 кг (ИМТ от 34 до 75 кг/м^2). Симультанная холецистэктомия выполнена у 12 пациентов, холецистэктомию без бариатрической операции — у 44. Для оценки КЖ больных МО использовали опросник SF—36 (J. E. Ware, 1992), созданный для того, чтобы установить соответствие минимальных психометрических стандартов, необходимых для групповых сравнений

Результаты исследования через 9 мес и 1 год были идентичными в обеих исследуемых группах. Об этом же свидетельствуют данные анализа, согласно которым после лапароскопического вмешательства инвалидность установлена у 12 (23%) больных, из 24 работающих пациентов по состоянию здоровья 7 были вынуждены перейти на другую, часто менее оплачиваемую работу. После открытой операции у 7 (15,2%) больных установлена инвалидность, 6 из 19 работающих пациентов перешли на другую работу.

При анализе через 1 год всех показателей КЖ улучшение его отмечено у 82 (83,7%) пациентов, отсутствие изменений в течение 3 мес — у 5 (5,1%), ухудшение КЖ — у 11 (11,2%).

Ухудшение КЖ обусловлено сохраняющимся болевым синдромом (BP) различной степени выраженности, уменьшением физической активности (PF) и общего восприятия здоровья (GH). При отсутствии изменений и ухудшении КЖ у пациентов выявлены низкие показатели психического здоровья (MH), что в основном было обусловлено акцентуацией на своем заболевании в связи с пребыванием на учете у хирурга, что вызывало у них психологический дискомфорт.

Выводы

1. Несмотря на то, что оценка КЖ является в большей степени субъективным методом, этот показатель позволяет эффективно определить результат хирургического лечения больных МО.

2. Анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения МО лапароскопическим и традиционным методом четко подтверждает преимущества новой технологии над традиционными (открытыми) операциями: сокращение срока госпитализации, уменьшение степени выраженности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, уменьшение частоты и риска развития осложнений, сокращение длительности послеоперационного пареза кишечника с 3,2 сут (59,4 ± 1,7 ч) до 1,4 сут (31,7 ± 1,2 ч), быстрое восстановление перистальтики и нутритивной функции кишечника и, связанное с этим раннее восстановление энтерального питания, соответственно (55,4 ± 1,2) и (82,1 ± 1,2) ч, ускорение темпов реабилитации, сокращение сроков восстановления трудоспособности в отдаленном периоде и улучшения качества жизни.

3. У больных МО все показатели КЖ в 2,5 раза ниже, чем у здоровых людей того же пола и возраста. Исследование показателей КЖ в динамике через 1 — 3 — 6 — 9 мес, 1 — 3 года после операции позволило установить, что в первые 3—6—9 мес отмечается достоверное повышение только двух ее показателей — GH (общее здоровье) и RP (физическое функционирование), отражение состояния восстановления работоспособности. Показатели психического здоровья (SF, RE, MK) в этот период достоверно ниже нормы, что проявляется ограничением социальной активности пациентов, является причиной отрицательных эмоций и депрессии. У 7,8% больных через 2—3 года выявлено резкое падение показателей КЖ, у всех возник рецидив заболевания.

СИМУЛЬТАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖЕЙ И СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ

Ф. Н. Ильченко, М. М. Сербул, Н. Н. Деркач, В. А. Гончарук

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского МЗ Украины, г. Симферополь

Тактика выполнения симультанных операций по поводу различных заболеваний органов брюшной полости является актуальной проблемой практической хирургии. Преимуществами таких операций являются возможность выполнить при использовании одного доступа две операции и более и, таким образом, избежать повторного вмешательства и наркоза, а также более высокая ранняя трудовая и социальная реабилитация пациентов.

Сложным вариантом в этой проблеме являются симультанные операции у больных с послеоперационной грыжей брюшной стенки при наличии ожирения различной степени. Целью работы был анализ результатов лечения 36 таких больных. Женщин было 29, мужчин — 7. Возраст больных от 21 года до 83 лет.

Выполнены следующие плановые симультанные операции: холецистэктомия и грыжесечение — у 10 больных, грыжесечение и рассечение спаек — у 6, грыжесечение и операции на тонком или толстом кишечнике — у 2, грыжесечение и операции по поводу гинекологических заболеваний — у 4. Кроме того, у 14 больных с ожирением выполнена лапароскопическая холецистэктомия и пластика пупочной или послеоперационной грыжи брюшной стенки, у 4 — лапароскопическая холецистэктомия, рассечение спаек и открытая протезирующая пластика обширной послеоперационной грыжи брюшной стенки, расположенной ниже пупка.

Подготовку и выбор способа операции проводили в соответствии с разработанной тактикой. В качестве объективных критериев определения способа герниопластики использовали данные об особенностях анатомии брюшной стенки в области грыжевого дефекта, полученные с помощью УЗИ. Открытая операция — пластика с надапоневротическим расположением имплантата произведена 10 больным, у остальных — применяли различные варианты методики sub lay. При лапароскопической герниопластике имплантат располагали внутрибрюшинно. У всех больных с ожирением при открытых операциях выполняли абдоминопластику.

После операции проводили комплексную коррекцию нарушений гомеостаза и профилактику осложнений с использованием мероприятий, начатых до операции. Важным аспектом лечения считали раннюю активизацию больных. Это один из основных факторов профилактики длительного пареза кишечника, дыхательной недостаточности и тромбоэмболических осложнений у больных с послеоперационными грыжами и ожирением. Для профилактики раневых осложнений применяли специальный комплекс лечебно—диагностических мероприятий.

Использование приведенной лечебной тактики после операции явилось эффективным способом профилактики послеоперационных осложнений у 30 больных с ожирением, которым произведена симультанная операция по поводу послеоперационной грыжи брюшной стенки. У 6 больных возникла серома операционной раны, устранена консервативными средствами.

Таким образом, использование разработанной хирургической тактики у пациентов при заболеваниях органов брюшной полости, грыже и сопутствующем ожирении не сопровождается увеличением частоты послеоперационных осложнений, обеспечивает удовлетворительный функциональный результат.

TEN YEARS OF EXPERIENCE IN BARIATRIC SURGERY IN ROMANIA

N. Iordache, R. A. Stoica

"St. John" Universitary Emergency Hospital Bucharest, Romania

Obesity surgery started in Romania in January 2002. There were 2 surgeons in one center and at the end of the year there were 38 patients with laparoscopic adjustable gastric banding (LAGB). In the next ten years the number of surgeons and of procedures increased and diversified , at the end of 2011 the situation being like this: 23 surgeons in 19 centers performing a large variety of procedures: LAGB, laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG), laparoscopic Roux gastric bypass (LGB), Scopinaro procedure, open vertical banded gastroplasty (OVBG), gastric plication (GP).

In this period there were 4008 patients who underwent different types of laparoscopic bariatric surgical procedures: LAGB, LSG, LGB, biliopancreatic diversion (LBPD), OVBG and laparoscopic GP. They were evaluated preoperative (weight, BMI, comorbidities) and followed—up for 1 year. We had 6 decease. A significant reduction in patients' weight was shown at 12 months postoperatively. BMI decreased from 45.6 to 37.9 kg/m^2 — for LAGB, from 54.12 to 40.8 kg/m^2 — for LGB and from 49.1 to 31.2 kg/m^2 — for LSG. The excess weight loss for LBPD was 63%. A significant improvement of comorbidities was noticed; all patients with type II diabetes have normal serum glucose levels at 1 year after surgery. Bariatric surgery is safe with a low complication rate and the outcome was similar to literature data. Although we do not benefit of a long time follow—up, the favorable results allow us to state that minimally invasive surgical techniques deserve an important place in the efforts of struggling against obesity and its consequences.

ДВОХЕТАПНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МОРБІДНЕ ОЖИРІННЯ ТА СУПЕРОЖИРІННЯ

О. Ю. Іоффе, Т. В. Тарасюк, О. П. Стеценко, Ю. П. Цюра

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ

Поширення надмірної маси тіла (МТ) серед населення країн Європейського регіону становить від 32 до 79% — у чоловіків і від 28 до 78% — у жінок. Серед населення України за результатами неофіційного опитування, анкетування, досліджень на основі самооцінки майже у 30% осіб працездатного віку виявляють надмірну МТ, у 25% — ожиріння. Поширення ожиріння в осіб старше 45 років становить 52%, надмірної МТ — 33%. Особливої уваги потребує лікування хворих на морбідне ожиріння (індекс маси тіла — ІМТ від 40 до 49 кг/м^2) та суперожиріння (ІМТ понад 50 кг/м^2). Використання консервативних методів не дозволяє досягти стійкого позитивного результату.

Мета дослідження: покращити результати лікування хворих на морбідне ожиріння та суперожиріння.

В хірургічній клініці на базі Київської міської клінічної лікарні № 3 з вересня 2008 по січень 2012 р. внутрішньошлунковий балон (ВШБ) встановлений у 6 хворих на морбідне ожиріння та у 7 — з суперожирінням. Метод використаний як перший етап комплексної програми лікування хворих з подальшим виконанням лапароскопічного баріатричного втручання (регульоване бандажування шлунка — в 11, поздовжня резекція шлунка — в 1, шунтування шлунка — в 1). Вік хворих від 24 до 59 років, у середньому (39,6 ± 11,2) року. МТ від 115 до 245 кг, у середньому (156,7 ± 20,3) кг. ІМТ від 40,7 до 71,5 кг/м^2, у середньому (52,2 ± 9,6) кг/м^2. В усіх пацієнтів ВШБ встановлювали та видаляли в умовах стаціонару під внутрішньовенним знеболенням з використанням анестетика короткої дії пропофолу. Тривалість встановлення ВШБ у середньому (6,2 ± 1,3) хв, видалення — (8,5 ± 2,4) хв. Тривалість перебування у стаціонарі з метою встановлення ВШБ становила 1 добу. Після видалення ВШБ у строки до 1 тиж пацієнтам виконували другий етап лікування — баріатричну операцію, вибір якої здійснювали індивідуально.

Використання запропонованої тактики дозволило зменшити фактичну МТ на момент видалення ВШБ на (19,0 ± 5,5) кг, середній ІМТ — до (42,5 ± 10,7) кг/м^2. Максимально фактична МТ в однієї пацієнтки протягом 6 міс зменшилася на 55 кг. Відсоток втрати надмірної МТ (32,7 ± 15,8)%. Обраний метод лікування був ефективним в 11 (84,6%) пацієнтів. У подальшому динаміка зміни МТ залежала від обраного виду баріатричної операції, що дало змогу досягти стійкого тривалого зменшення надмірної МТ, покращення якості життя пацієнтів. У 2 хворих на суперожиріння виконано поздовжню резекцію шлунка та його шунтування.

Двохетапний підхід в лікуванні хворих на морбідне ожиріння та суперожиріння з використанням як першого етапу встановлення ВШБ, другого — виконання баріатричної операції дозволяє знизити анестезіологічний ризик під час операції та досягти стійкого тривалого позитивного результату лікування.

ДОСВІД ВИКОНАННЯ ПОЗДОВЖНЬОЇ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКА З МЕТОЮ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МОРБІДНЕ ОЖИРІННЯ

О. Ю. Іоффе, Т. В. Тарасюк, О.П. Стеценко, Ю. П. Цюра, Р. Н. Абу Шамсія

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ

При лікуванні хворих на морбідне ожиріння важливу роль у профілактиці інтра— та післяопераційних ускладнень відіграє тривалість операції. З метою зменшення анестезіологічного ризику у пацієнтів, яким планували виконання біліопанкреатичного шунтування, застосований перший рестриктивний етап операції. Позитивні результати виконання поздовжньої резекції шлунка дозволили впровадити операцію як самостійну в практику баріатричних хірургів.

Мета дослідження: вивчити результати лікування хворих на морбідне ожиріння після виконання поздовжньої резекції шлунка.

В хірургічній клініці на базі Київської міської клінічної лікарні № 3 з серпня 2008 по січень 2012 р. виконані 7 операцій поздовжньої резекції шлунка з метою лікування хворих на морбідне ожиріння. Чоловіків було 1 (14,2%), жінок — 6 (85,8%). Вік хворих від 26 до 63 років, у середньому (41,40 ± 11,36) років. Фактична маса тіла (ФМТ) від 108 до 168 кг, у середньому (135 ± 25) кг, надмірна маса тіла (НМТ) — (70 ± 27) кг. Індекс маси тіла (ІМТ) від 38,3 до 61,3 кг/м^2, у середньому (48,0 ± 9,1) кг/м^2. Вміст глюкози у капілярній крові натщесерце у середньому (5,5 ± 0,9) ммоль/л. За даними глюкозотолерантного тесту середній рівень глюкози в крові після навантаження становив у середньому (9,6 ± 1,0) ммоль/л. Порушення толерантності до глюкози виявлене у 3 (42,8%) пацієнтів, з них у 2 — з суперожирінням.

Всім хворим операцію виконували з використанням лапароскопічних технологій. Тривалість операції у середньому (150 ± 32) хв, тривалість лікування у стаціонарі — (10 ± 1,1) дня, після операції — (6 ± 2,5) дня. Контрольну гастрографію та видалення дренажів з черевної порожнини здійснювали у середньому на 4—ту добу після операції. При гастрографії з метою контролю стану лінії шва використовували 76% розчин контрастної речовини тріомбраст. Дренування шлунка з метою декомпресії здійснювали до гастрографії, після чого зонд видаляли. Ефективність лікування ожиріння оцінювали через 6, 12, 18 і 24 міс після втручання.

Впродовж усього періоду спостереження відзначали прогресивне зменшення маси тіла, через 12 міс після операції ФМТ та ІМТ зменшилися на 26,2% у порівнянні з початковими — відповідно (99,3 ± 18,7) кг та (35,4 ± 6,7) кг/м^2, через 24 міс — на 33,8% — ФМТ (89,2 ± 16,8) кг, ІМТ (31,8 ± 6,0) кг/м^2. Максимальний відсоток втрати надмірної маси тіла — (65,7 ± 18,4)% відзначали в період 12—24 міс з стабілізацією в останній квартал спостереження, що може бути зумовлене адаптацією до режиму харчування (P < 0,0001).

За період спостереження зниження та нормалізацію глікемії спостерігали у 5 (71,4%) хворих, у тому числі у 2 (28,5%) — за порушення толерантності до глюкози на початку дослідження. В 1 (14,2%) пацієнтки з суперожирінням та порушенням толерантності до глюкози через 24 міс після операції показники глікемії натщесерце та після навантаження перебували на рівні верхньої межі норми. Впродовж усього періоду спотереження відзначали прогресивне зниження рівня глюкози в крові натщесерце та після навантаження, стабілізацію глікемії в період 18—24 міс. Максимально вміст глюкози в крові натщесерце — (4,4 ± 0,8) ммоль/л в порівнянні з таким до операції зменшився на 20%, глікемії після навантаження — (7,2 ± 1,4) ммоль/л — на 25%, що спостерігали через 24 міс після операції (P < 0,05).

Позитивні зміни показників ліпідограми спостерігали у 6 (85,7%) хворих. В 1 (14,2%) пацієнтки за ІМТ понад 50 кг/м^2 ці зміни були мінімальними, що пояснюється недотриманням рекомендацій щодо раціону харчування та низьким відсотком втрати надмірної маси тіла за період спостереження.

Максимальне зменшення показника основного обміну — (1540 ± 245) ккал на добу реєстрували впродовж 6—18 міс спостереження з стабілізацією показника в період 18—24 міс (P < 0,05).

Після операції ускладнення виникло в 1 (14,2%) хворої — неспроможність швів кардіального відділу шлунка в зоні стравохідно—шлункового переходу з формуванням нориці. Відповідно до рекомендацій з лікування ожиріння Міжнародної федерації баріатричних хірургів, з метою усунення нориці здійснене стентування з використанням вкритого стравохідного стента фірми Sooho M. I.—Tech Co., Diagmed (Південна Корея). Під час перебування стента тривало виділення вмісту шлунка, слизу по норицевому ходу, у зв'язку з чим прийняте рішення про видалення стента. З метою радикального лікування нориці здійснено лапаротомію, висічення країв нориці, зашивання дефекту шлунка в зоні езофаго—кардіального переходу. У подальшому у хворої спостерігали прогресуюче зменшення маси тіла у динаміці.

Отже, поздовжня резекція шлунка ефективна у пацієнтів з морбідним ожирінням (ІМТ понад 40 кг/м^2), а також за ІМТ 35 — 39 кг/м^2 при супутньому порушенні вуглеводного обміну (синдром порушення толерантності до глюкози, цукровий діабет II типу). При недостатньому зменшенні надмірної маси тіла у хворих на суперожиріння можливе використання другого етапу лікування — комбінованої операції біліопанкреатичного шунтування.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ ГАСТРОШУНТИРОВАНИЯ

А. В. Кармадонов

Городская больница № 8, г. Сочи, РФ

Ожирение — одна из актуальных медицинских проблем современного общества. Наиболее частыми заболеваниями, сопутствующими ожирению, являются желчнокаменная болезнь и другие заболевания желчного пузыря (полипоз, холестероз).

Операция гастрошунтирования — наиболее часто выполняемое бариатрическое вмешательство, обеспечивает хорошие отдаленные результаты, уменьшение массы тела, устраненин сопутствующих заболеваний, улучшение качества жизни пациентов. В современной бариатрии нет однозначного мнения о необходимиости выполнения симультанной холецистэктомии при гастрошунтировании. Некоторые авторы рекомендуют выполнять холецистэктомию с профилактической целью всем пациентам, независимо от наличия заболеваний желчного пузыря, некоторые — предпочитают разделять гастрошунтирование и холецистэктомию. Существует также

компромиссный вариант, при котором холецистэктомию при гастрошунтировании выполняют при обнаружении заболеваний желчного пузыря до или во время операции.

В настоящее время мы располагаем опытом выполнения операций гастрошунтирования у 160 пациентов. По данным дооперационного обследования, УЗИ желчнокаменная болезнь диагностирована у 32 пациентов. Всем больным во время операции гастрошунтирования выполнена холецистэктомия. Продолжительность операции при этом увеличилась в среднем на 10 мин, длительность лечения больных в стационаре после операции не отличалась от таковой у больных, которым не выполняли холецистэктомию. Осложнение в виде незначительного желчеистечения в раннем послеоперационном периоде отмечено у одного больного, вероятно, источником его явились ходы Люшка. Желчеистечение прекратилось самопроизвольно на 4—е сутки.

Выводы

1. При выполнении симультанной холецистэктомии и открытой операции гастрошунтирования продолжительность вмешательства увеличивается в среднем на 10 мин, при этом длительность лечения больного после операции не изменяется.

2. Выполнение холецистэктомии рекомендуем у всех пациентов при желчнокаменной болезни, при ее отсутствии рекомендуем применение препаратов урсодезоксихолевой кислоты и динамическое наблюдение.

ВЛИЯНИЕ БАНДАЖИРОВАНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ОПЕРАЦИИ ГАСТРОШУНТИРОВАНИЯ НА УМЕНЬШЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА

А. В. Кармадонов, О. В. Кармадонова

Городская больница № 8, г. Сочи, РФ

Шунтирование желудка (ШЖ) — наиболее часто выполняемая операция в хирургии ожирения. Для улучшения результатов операции предложены различные технологии, предполагающие изменение длины петли тонкого кишечника или размеров "малого" желудка.

На необходимость усиления рестриктивного компонента для замедления эвакуации пищи из "малого" желудка указывают многие хирурги. Этого можно достичь двумя путями: калибровкой гастроэнтероанастомоза при использовании степлера или применения калибровочного зонда при наложении ручного шва. Также возможно наложение бандажа на дистальную часть "малого" желудка. Чаще всего с этой целью используют силиконовое кольцо или полипропиленовый бандаж.

Со временем гастроэнтероанастомоз может расшириться, что обусловливает ухудшение результатов, увеличение избыточной массы тела, что выявляют в 8,4% наблюдений. Иногда выполняют повторную операцию наложения бандажа на "малый" желудок.

Цель исследования: изучить результаты уменьшения массы тела у пациентов, которым произведено бандажирование "малого" желудка по сравнению с таковыми у пациентов без бандажирования при операции ШЖ.

Проанализированы результаты операции ШЖ у 60 пациентов в сроки наблюдения более 1 года. Всем пациентам операция ШЖ выполнена в модификации J. Capella. У 50 пациентов во время операции на дистальную часть "малого" желудка наложен полипропиленовый бандаж шириной 15 мм, длиной 55 мм. У 10 пациентов бандаж не накладывали. Из—за технических сложностей при формировании "малого" желудка (малые размеры сформированного желудка, прохождение крупных ветвей сосудов в проекции предполагаемого наложения бандажа) диаметр гастроэнтероанастомоза в обеих группах 20—30 мм.

У пациентов, которым применяли бандажирование "малого" желудка, через год %EWL составил 82%, без бандажирования — 60%. После бандажирования желудка у 2 (4%) больных возник стеноз в области установки бандажа, что потребовало в последующем проведения баллонной дилатации. В группе без бандажирования у 1 пациентки через год %EWL составил 35%, что можно расценить как неудовлетворительное уменьшение массы тела.

Выводы

1. Наложение бандажа на дистальную часть "малого" желудка является важным этапом операции ШЖ, влияющим на окончательный результат уменьшения массы тела.

2. Учитывая угрозу возникновения стеноза, возможно увеличение длины бандажа до 60—65 мм.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ 160 ОПЕРАЦИЙ ГАСТРОШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

А. В. Кармадонов, О. В. Кармадонова

Городская больница № 8, г. Сочи, РФ
Новокузнецкий институт усовершенствования врачей

Операция гастрошунтирования в 1991 г. рекомендована согласительной комиссией Национального института здоровья США в качестве эффективного и достаточно безопасного метода лечения морбидного ожирения. С середины 1990—х годов операцию гастрошунтирования в США считают "золотым стандартом" в хирургии ожирения.

С 2006 по 2012 г. в клинике операция гастрошунтирования выполнена у 160 пациентов. Показания к оперативному лечению устанавливали в соответствии с рекомендациями Международной ассоциации хирургии ожирения и метаболических расстройств.

Возраст пациентов в среднем 39,2 года. Мужчин было 15, женщин — 105. Масса тела от 90 до 185 кг, в среднем 127,1 кг, индекс массы тела (ИМТ) от 35,7 до 62,6 кг/м^2, в среднем 47,2 кг/м^2

Операцию гастрошунтирования выполняли в модификации J. Capella, R.Capella с некоторыми собственными изменениями. Использовали лапаротомный доступ. Выполняли верхнюю срединную

лапаротомию, длина разреза 10—12 см. Длина выключенной петли в среднем (176 ± 85) см. Межкишечный анастомоз формировали с использованием однорядного непрерывного шва нитью полисорб 3—0. Отключенную петлю анастомозировали с "малым" желудком. У 150 пациентов отключенную петлю проводили позадиободочно, позадижелудочно, у 10 — впередиободочно, впередижелудочно. Гастроэнтероанастомоз формировали с помощью двухрядного непрерывного шва нитью полисорб 3—0. Обязательно контролировали герметичность анастомоза путем введения по зонду раствора метиленового синего и воздуха. У 25 больных выполнена симультанная операция — холецистэктомия. Дренирование брюшной полости проводили у 15 больных.

Пациентов выписывали при условии возможности приема жидкости объемом не менее 1 — 1,5 л, нормальной температуры тела, отсутствия тахикардии.

Продолжительность операции в среднем 105 мин, госпитализации — 4,5 сут.

Максимальный срок наблюдения 4 года.

Процент уменьшения избыточной массы тела составил: через 3 мес — 36,2%, 6 мес — 53,4%, 9 мес — 60,2%, 1 год — 76,2%, 2 года — 74,2%, 3 года — 70,8%, 4 года — 71,4%.

Ранние (до 30 сут) послеоперационные осложнения возникли у 14 (8,7%) больных: несостоятельность гастроэнтероанастомоза — у 2 (1,25%), несостоятельность швов отключенного отдела желудка — у 1 (0,62%), желудочно—кишечное кровотечение (из линии гастроэнтероанастомоза) — у 4 (2,5%), стеноз гастроэнтероанастомоза — у 5 (3,12%), псевдомембранозный колит — у 1 (0,62%), желчеистечение из ложа желчного пузыря — у 1 (0,62%).

Поздние послеоперационные осложнения отмечены у 58 (36,2%) больных: послеоперационная грыжа — у 28 (17,5%), анемия — у 28 (17,5%), формирование фитобезоара — у 2 (1,25%).

Выводы

1. Операция гастрошунтирования является эффективным методом лечения морбидного ожирения.

2. Считаем обязательным наложение бандажа на "малый" желудок.

3. Длина выключенной петли должна быть больше у пациентов при сверхожирении и наличии метаболического синдрома.

4. Выполнение холецистэктомии показано всем пациентам при желчнокаменной болезни, в ее отсутствие вопрос об удалении желчного пузыря решается индивидуально.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Е. Н. Клигуненко, Я. С. Березницкий, О. В. Лященко, Н. Н. Чупахина

Днепропетровская государственная медицинская академия МЗ Украины

По данным статистики, в развитых странах мира избыточную массу тела выявляют у 20—50% населения. Наиболее частой формой ожирения является алиментарно—конституциональное, или первичное, в основе которого лежат переедание и гиподинамия, что обусловливают избыточное образование энергии в организме человека. В США у 60% населения отмечают избыточную массу тела, у 27% — ожирение; в странах Западной Европы — у 25%. В странах СНГ ожирение разной степени диагностируют почти у 26% взрослого населения, крайнюю степень ожирения — у 6%.

Лечение ожирения является сложной задачей как для врача, так и для пациента. Методы консервативной терапии предусматривают изменение образа жизни и питания, длительную терапию, что для большинства пациентов трудно выполнимо, поэтому в 90% наблюдений консервативная терапия мало эффективна. Наиболее полный и стойкий эффект обеспечивают хирургические методы лечения морбидного ожирения с высоким качеством жизни в отдаленном периоде.

Применение наркоза у пациентов при избыточной массе тела имеет свои особенности, что зависит от выраженности ожирения, тяжести сопутствующих соматических заболеваний, риска возникновения интра— и послеоперационных осложнений, наличия метаболических расстройств и их периоперационной коррекции.

Цель работы: изучить особенности периоперационного периода при применении различных методов анестезиологического обеспечения бариатрических операций.

Бариатрические операции выполнены у 26 пациентов в возрасте от 28 до 60 лет, в среднем 36 лет, масса тела — от 100 до 248 кг, ИМТ от 31,6 до 80 кг/м^2.

В зависимости от метода анестезиологического пособия больные распределены на 2 группы. У 12 пациентов (1—я группа) применяли тотальную внутривенную анестезию (ТВА) с ИВЛ; у 14 (2—я группа) — комбинированную анестезию (ТВА с ИВЛ на фоне эпидуральной анестезии).

Предоперационная подготовка включала лечебные и профилактические мероприятия с привлечением кардиолога, диетолога, эндокринолога. Терапию гипертонической болезни проводили до достижения целевого уровня артериального давления 140/90 — 130/80 мм рт. ст. Для коррекции гипергликемии (до 5,5—6,0 ммоль/л) применяли сахароснижающие препараты и диету. Для инфузионной терапии в объеме 8—10 мл/(кг × сут) использовали сбалансированные солевые растворы, кристаллоиды, аминокислоты, поляризующую смесь. Профилактику тромбоэмболических осложнений проводили за 2 ч до начала операции (фраксипарин 0,3 мл подкожно) в 1—й группе, за 12 ч до катетеризации эпидурального пространства — во 2—й группе. Всем пациентам на операционном столе вводили атропин, сандостатин, контрикал. Премедикация в обеих группах стандартная. Вводный наркоз осуществляли на фоне ИВЛ 100% кислородом через маску. Интубацию трахеи выполняли после релаксации дитилином (до 200 мг). У 7 пациентов для интубации использовали бронхофиброскоп под местной анестезией 2% раствором лидокаина на фоне спонтанного дыхания. Для поддержания анестезии осуществляли инфузию пропофола до 3 мг/(кг × ч) и фракционное введение фентанила в суммарной дозе до 3 мкг/(кг × ч) в сочетании с кетамином (35 мг/ч). Релаксация — тракриум в обычной дозе. Введение пропофола прекращали за 20 мин до конца операции. Параллельно вводили 100 мг кетонала или 40 мг династата. Продолжительность операции 3,5 — 4,2 ч.

Пациентам 2—й группы до начала операции проводили катетеризацию эпидурального пространства на уровне T_{IX} — T_X. Общая доза вводимого анестетика 12 мл 0,5% раствора ропивакаина или 20 мл 0,25% раствора бупивакаина. Через 2,5 ч вводили повторную дозу анестетика. Методы вводного наркоза, интубации и ИВЛ не отличались от таковых у пациентов 1—й группы.

Нестабильность гемодинамики во время операции не отмечали. Вариант анестезии не влиял на быстроту пробуждения пациента после наркоза. Применение нестероидных противовоспалительных

средств обеспечивало высокий уровень обезболивания в послеоперационном периоде. Однако у больных 2—й группы моторика кишечника восстанавливалась на 18 ч раньше. Тромбоэмболию легочной артерии, рабдомиолиз и другие осложнения не наблюдали.

Выводы

1. Операция билиопанкреатического шунтирования требует тщательной предоперационной подготовки.

2. Вид анестезии не влияет на продолжительность лечения при условии выполнения общих принципов ухода за больным в послеоперационном периоде.

ДОСТУП К "ТРУДНЫМ" ДЫХАТЕЛЬНЫМ ПУТЯМ У ТУЧНЫХ БОЛЬНЫХ

Е. Н. Клигуненко, О. В. Лященко, Н. Н. Чупахина

Днепропетровская государственная медицинская академия МЗ Украины

Проблема лечения ожирения сегодня все более актуальна. Во всех экономически развитых странах отмечено неуклонное увеличение числа лиц, у которых выявляют избыточную массу тела. К концу XX в. по данным Всемирной организации здравоохранения, избыточную массу тела определяли у 30% жителей планеты. В США избыточную массу тела выявляют у 60% населения, у 27% — ожирение; в странах Западной Европы — до 25%. В Украине точных данных нет, однако, учитывая общемировую тенденцию, можно предположить увеличение числа лиц с избыточной массой тела. Наличие сопутствующих заболеваний (артериальной гипертензии, сахарного диабета, дислипидемии), связанных с ожирением, значительно ухудшает качество жизни пациентов, повышает затраты на их лечение, является причиной преждевременной смерти.

Проблема обеспечения проходимости верхних дыхательных путей (ПВДП) и достижения адекватного газообмена актуальна. От правильного и своевременного предупреждения (устранения) критической гипоксии напрямую зависят качество и конечный результат оказания медицинской помощи пациентам. По данным анализа судебных исков в США, проведенного ASA за период с 1987 по 1995 г., тяжелые последствия "трудной" интубации трахеи были второй по частоте причиной подачи исковых заявлений. Кроме того, в 57% наблюдений "трудной" интубации наступила смерть или возникло тяжелое гипоксическое повреждение головного мозга. Почти у 40% больных также была "трудной" вентиляция. Современный подход к обеспечению ПВДП во время анестезии включает предоперационное выявление (прогнозирование) вероятной "трудной" интубации для выбора оптимальных путей достижения цели.

К сожалению, в нашей стране обучение анестезиологов действиям при прогнозируемой, а особенно, внезапной, "трудной" интубации трахеи несистемное и не соответствует требованиям времени. Это обусловлено как отсутствием четкого представления о частоте "трудной" интубации в анестезиологической практике, так и недостаточной технической оснащенностью лечебных учреждений и образовательных структур, занимающихся подготовкой и повышением квалификации анестезиологов.

Лечение ожирения представляет собой сложную задачу для врача и особенно для пациента. У пациентов при ожирении наблюдают увеличение потребления кислорода и продукции CO_2, нарушение механики дыхания, снижение комплайенса грудной полости, повышение сопротивления дыхательных путей, увеличение работы дыхания. Затрудненное разгибание шеи, отложение жира на груди и в окологлоточном пространстве, увеличение языка — все эти факторы могут затруднять масочную вентиляцию и ограничивать видимость при ларингоскопии.

Сегодня, несмотря на внедрение различных надгортанных девайсов (ларингеальная маска, комбитьюб), интубация трахеи является единственным (за исключением трахеостомии) способом надежного обеспечения ПВДП и их защиты. Поэтому использование видеоларингоскопа позволяет безопасно и эффективно обеспечить ПВДП при применении анестезиологического пособия у тучных больных.

Цель работы: оценить возможности и безопасность видеоларингоскопии при интубации трахеи у тучных больных.

Бариатрические оперативные вмешательства выполнены у 26 пациентов в возрасте от 28 до 60 лет. Индекс массы тела (ИМТ) от 31,6 до 80 кг/м^2. У 18 пациентов (ИМТ более 40 кг/м^2) выполнено билиопанкреатическое шунтирование в модификации Hess—Marceau, у 8 (ИМТ от 31,6 до 47,7 кг/м^2) — продольная резекция желудка. У всех больных визуализацию ротовой части глотки проводили по шкале "трудной интубации Mallampati", оценена как 4—й степени, что предполагало "трудную" интубацию трахеи.

В качестве анестезиологического пособия всем больным проводили тотальную внутривенную анестезию с миорелаксацией и ИВЛ. Для интубации трахеи у 12 больных применяли бронхофиброскоп, у 14 — видеоларингоскоп "Karl—storz endoskope" с отдельным монитором.

Интубация при сохранении спонтанного дыхания с использованием бронхофиброскопа у 7 больных сопровождалась умеренным бронхоспазмом, апноэ, кашлем. При интубации трахеи с помощью видеоларингоскопа на фоне полной релаксации и отсутствия спонтанного дыхания дополнительных технических трудностей не было. Несмотря на высокий риск по шкале Mallampati, все больные интубированы с первой попытки, что позволило провести адекватную ИВЛ и оксигенацию. Течение послеоперационного периода и экстубация пациентов без осложнений.

Таким образом, использование видеоларингоскопа "Karl—storz endoskope" с отдельным монитором позволяет провести интубацию трахеи у больных при высоком риске "трудных" дыхательных путей по шкале Mallampati и избежать возникновения жизненно опасных осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

В. М. Кожемяцкий

Краевая клиническая больница, г. Барнаул, РФ

В большинстве наблюдений послеоперационная грыжа брюшной стенки (ГБС) возникает и прогрессирует у пациентов на фоне ожирения. Растянутые и ослабленные жировой инфильтрацией ткани брюшной стенки, наличие тяжелого подкожно—жирового фартука обусловливают быстрое и значительное увеличение размеров грыжи. Наличие ожирения повышает вероятность возникновения местных осложнений после операции, ухудшает отдаленные результаты хирургического лечения, частота рецидива составляет от 24 до 46% — при пластике местными тканями и 8—12,5% — при протезирующей пластике.

Проанализированы результаты лечения 112 пациентов по поводу ГБС и ожирения. Женщин — 91, мужчин — 21. Возраст от 30 до 72 лет. Индекс массы тела (ИМТ) у 34 пациентов от 28 до 35 кг/м^2, у 45 — от 35 до 40 кг/м^2, у 33 — бьолее 40 кг/м^2. ГБС локализовалась в подчревной и паховой областях — у 36 пациентов, в подчревной и средней областях — у 62, в надчревной области — у 14. Размеры грыжевого выпячивания, согласно классификации SWR, W1 — у 24 пациентов, W2 — у 48, W3 — у 26, W4 — у 14. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь — диагностирована у 92 пациентов, сахарный диабет — у 18, хронические обструктивные заболевания легких и бронхиальная астма — у 32, варикозное поражение вен нижних конечностей — у 48.

Предоперационное обследование, кроме осмотра профильных специалистов и коррекции сопутствующих заболеваний, включало в целях выявления резервных возможностей организма пациента: стандартную спирографию и спирографию с нагрузкой пневмобандажем, диплографию и эхокардиографию по показаниям. Обязательно выполняли дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей. В целях профилактики за 12 ч до начала операции и в сроки 2—3 сут после нее вводили фраксипарин или клексан в профилактических дозах, осуществляли эластическое бинтование нижних конечностей. Обязательно интраоперационно вводили антибиотики цефалоспоринового ряда.

Операцию выполняли под интубационным наркозом, у 28 пациентов комбинированно с установлением эпидурального катетера, что позволяло после операции проводить продленную анестезию в течение 2—3 сут. У 32 пациентов (1—я группа) выполнено грыжесечение с протезирующей пластикой без удаления подкожно—жирового фартука; у 80 (2—я группа) — применяли различные варианты дермолипэктомии с протезирующей пластикой апоневроза. В 1—й группе операция включала следующие этапы: иссечение подкожно—жирового лоскута в пределах грыжевого мешка, ревизию содержимого, энтеролиз 1—2 порядка, зашивание дефекта апоневроза край в край с размещением имплантата на апоневроз. Операцию заканчивали дренированием подкожной основы активными дренажами и послойным зашиванием раны. Во 2—й группе выполняли дермолипэктомию, масса удаляемого лоскута составляла от 1,5 до 16 кг, в среднем 6,5 кг, и протезирующую пластику дефекта апоневроза с размещением имплантата под мышцы или с увеличением объема брюшной полости по Белоконеву. Дермолипэктомия с использованием горизонтального окаймляющего доступа выполнена у 54 пациентов, у 26 — применили комбинированный разрез, сочетающий вертикальный и горизонтальный разрезы по типу "якоря".

В раннем послеоперационном периоде частота выявления клинически значимых сером в обеих группах была одинаковой — 12%, однако после дермолипэктомии их чаще наблюдали у пациентов, которым выполняли комбинированный доступ по типу "якоря". У 5 больных возник краевой липонекроз — при применении комбинированного доступа. При грыжесечении с протезирующей пластикой, сохранением или увеличением объема брюшной полости и дополнительной дермолипэктомией с применением горизонтального окаймляющего доступа течение послеоперационного периода без осложнений, более ранняя активизация больных. У больных с ГБС W1 и W2 в отдаленные сроки рецидивы возникли у 2%, W3, W4 — у 8%.

Выполнение дермолипэктомии с использованием горизонтального доступа при хирургическом лечении послеоперационных ГБС у больных с ожирением не увеличивает тяжесть течения послеоперационного периода, частоту осложнений, а в отдаленом периоде не влияет на частоту рецидивов и позволяет достичь лучших эстетических результатов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ МЕТОДОМ РУКАВНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ

В. М. Кожемяцкий, И. В. Аргучинский

Краевая клиническая больница, г. Барнаул, РФ

В хирургической коррекции ожирения используют различные виды гастропластики, в том числе рукавную гастрэктомию, которая является составной частью билиопанкреатического шунтирования или самостоятельной операцией ввиду ее высокой эффективности, стабильности результатов по уменьшению избыточной массы тела, относительной простоте выполнения.

Целью сообщения является изучение эффективности операции в лечении больных с морбидным ожирением в отдаленные сроки.

Рукавная гастрэктомия выполнена у 15 пациентов (12 женщин и 3 мужчин) в возрасте от 26 до 58 лет. ИМТ от 41 до 68 кг/м^2. У всех пациентов отмечена гипертоническая болезнь и гиперлипидемия, у 6 — сахарный диабет, у 3 — в анамнезе инфаркт миокарда, у 8 — заболевания опорно—двигательного аппарата и остеохондроз, у 4 — желчнокаменная болезнь, у 4 — сонное апноэ. До операции диагностические мероприятия включали ЭКГ, эхокардиографию, СПГ, рентгеноскопию грудной клетки, дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей, ФГС, рентгеноскопию желудка, осмотр профильных специалистов с коррекцией артериального давления, гликемического профиля, контроль коагулограммы. До и после операции вводили фрагмин или клексан в лечебных дозах, осуществляли эластическую компрессию нижних конечностей, интраоперационно вводили антибиотики, особое внимание уделяли максимально ранней активизации пациентов.

Операцию выполняли под интубационным наркозом с мониторингом показателей дыхания и гемодинамики. У 8 пациентов операцию выполняли в открытом варианте, у 7 — эндоскопически. Адек-

ватный доступ — верхняя срединная лапаротомия с установкой раснорасширителя Сигала и зонда диаметром 12 мм в желудок. Большую кривизну желудка мобилизовали с помощью аппарата Liga Sure. Желудок прошивали аппаратом TA Premium 55, в среднем 5 кассет, мобилизованную часть желудка удаляли. Зону шва перитонизировали рассасывающейся нитью № 3/0, выполняли холецистэктомию. Зонд удаляли, на 2 сут оставляли дренаж брюшной полости, рану послойно зашивали. При лапароскопическом варианте также устанавливали калибровочный желудочный зонд, вводили 5 троакаров диаметром 10—12 мм: параумбиликально, в надчревную, правую подреберную области — для отведения печени, 2 — в левую подреберную область. Мобилизацию большой кривизны желудка начинали на расстоянии 5 см от привратника до дна желудка с использованием Liga Sure. Резекцию выполняли с помощью линейного степлера Endo Gia Universal Stapling System. Использовали 5 синих 45 мм кассет. Шов перитонизировали только в области дна рассасывающейся нитью № 3. Извлекали желудочный зонд и осуществляли дренирование поддиафрагмального углубления перед зашиванием брюшной полости. Интраоперационных осложнений и конверсии при лапароскопическом варианте не было. В реанимационном отделении больные находились до полного восстановления сознания, самостоятельного и адекватного дыхания, подтвержденного уровнем сатурации. Активизация пациентов с конца первых суток, выписывали при лапароскопическом варианте — на 6—е сутки, при открытом — после снятия швов, на 10—11—е сутки. Проводили дополнительный инструктаж по дальнейшему пищевому поведению и подбору продуктов питания. Контрольный осмотр через 1, 3, 6 и 12 мес, далее — ежегодно. У 5 пациентов при обследовании до операции выявлена недостаточность сфинктера кардии и рефлюкс—эзофагит, в раннем послеоперационном периоде это не требовало медикаментозной коррекции. Учитывая время и условия оперирования, а также динамику послеоперационного периода, предпочтение отдано лапароскопическому варианту. Результаты в течение двух лет изучены у 12 пациентов. У одной пациентки в отдаленные сроки образовалась грыжа брюшной стенки, выполнено грыжесечение. Избыточная масса тела уменьшалась в относительно комфортных условиях, в основном в течении первого года, от 30 до 50%, в среднем 36 кг. В дальнейшем темпы уменьшения избыточной массы тела снижались, через 1,5 года — оно прекращалось.

Рукавная гастрэктомия — эффективная и стабильная в отношении отдаленных результатов операция. Учитывая время, условия оперирования, предпочтительнее лапароскопический вариант.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОГО БАЛЛОНА

А. С. Лаврик, А. Н. Бурый, О. А. Доскуч, Е. П. Дмитренко

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев

Ожирение — одно из наиболее распространенных хронических неинфекционных заболеваний. Всемирная организация здравоохранения заставила медицинскую общественность по—новому оценить проблему избыточной массы тела и ожирения, пересмотреть устоявшуюся "косметическую" концепцию проблемы.

Ожирение характеризуется не только накоплением жировой ткани, но и многочисленными гормонально—метаболическими нарушениями, которые обусловливают тяжелые осложнения. В основе таких осложнений лежит инсулинорезистентность и компенсаторная гиперинсулинемия, в литературе этот симптомокомплекс называют метаболическим трисиндромом, чаще — метаболическим синдромом, синдромом инсулинорезистентности.

Наиболее устойчивыми критериями метаболического синдрома являются абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, дислипидемия, инсулинорезистентность, нарушения углеводного обмена. В настоящее время обосновано включение в структуру метаболического синдрома таких заболеваний, как неалкогольная жировая болезнь печени, синдром поликистоза яичников и др.

Существует множество различных методов лечения ожирения, от консервативных до хирургических. Промежуточное место занимает имплантация внутрижелудочного баллона, которую относят к гастрорестриктивным методам, она открывает возможности миниинвазивной коррекции избыточной массы тела и ожирения.

Цель работы: оценить эффективность использования внутрижелудочного баллона при лечении ожирения и сопутствующих заболеваний.

За период с 2003 по 2011 г. внутрижелудочный баллон (Bioenterics Intragastric Baloon — BIB) фирмы ALLERGAN, США имплантирован 105 пациентам (37 мужчин, 68 женщин). Возраст пациентов в среднем (45 ± 7,3) года, масса тела — (124,3 ± 7,4) кг, индекс массы тела — (53 ± 7,6) кг/м^2.

У 86 пациентов BIB использован как самостоятельный метод лечения ожирения, у 19 пациентов с морбидным супержирением — в качестве предоперационной подготовки к последующей бариатрической операции.

Через 6 мес после имплантации BIB—системы масса тела уменьшилась до (101,6 ± 3,8) кг, абсолютное уменьшение массы тела составило в среднем (26 ± 2,1) кг; ИМТ — до (31,6 ± 2,9) кг/м^2, абсолютное среднее уменьшение — (5,8 ± 2,3) кг/м^2. Отмечено уменьшение тяжести большинства сопутствующих заболеваний или отмечено их устранение, особенно болезней органов дыхания, артериальной гипертензии, сахарного диабета, остеоартропатии. Баллон удаляли через 6 мес после имплантации. У 5 пациентов баллон удален через 1 год после имплантации, в связи с тем, что они не обращались в клинику. Из осложнений, связанных с имплантацией BIB—системы, наблюдали миграцию баллона — у 1 (0,95%), язву желудка — у 2 (1,9%), которая излечена консервативными средствами. У 5 (4,7%) пациентов BIB удален в первые 10 сут из—за его непереносимости.

Таким образом, применение BIB является простым, безопасным миниинвазивным методом лечения пациентов при избыточной массе тела, ожирении и метаболическом синдроме. Метод можно использовать как самостоятельно, так и в качестве этапа предоперационной подготовки у пациентов при морбидном супержирении.

ЕНДОСКОПІЧНА КАРТИНА ШЛУНКА У ХВОРИХ НА МОРБІДНЕ ОЖИРІННЯ ДО І ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ШУНТУВАННЯ ШЛУНКА ЗА CAPELLA

А. С. Лаврик, О. М. Бурий, І. С. Терешкевич

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

В останні роки в усіх країнах світу відзначають збільшення частоти морбідного ожиріння в структурі захворюваності населення, що, в свою чергу, зумовлює збільшення частоти виконання баріатричних операцій. Це пояснює інтерес науковців до морфофункціонального стану шлунка у таких хворих.

Проаналізовані результати лікування 59 хворих на морбідне ожиріння, яким виконане шунтування шлунка за Capella. Вік пацієнтів у середньому (47 ± 2,8) року, 22 — чоловіки, 37 — жінки.

До операції еритематозну гастродуоденопатію виявлено у 25 (42,4%) хворих, рефлюкс—езофагіт — у 17 (28,8%), грижу стравохідного отвору діафрагми — у 7 (11,9%), недостатність кардії — у 6 (10,2%), дуоденогастральний рефлюкс — у 6 (10,2%), ерозивну гастродуоденопатію — у 5 (8,5%), виразку ДПК — у 4 (6,8%), стравохід Барретта — у 3 (5,1%), поліп шлунка — у 3 (5,1%), атрофічну гастропатію — у 2 (3,4%). Гелікобактеріоз діагностований у 43 (72,3%) хворих. У них проведено внутрішньошлункову pH—метрію: у 43 (72,9%) — виявлений стан гіперхлоргідрії, у 12 (20,3%) — нормохлоргідрії, у 4 (6,8%) — гіпохлоргідрії. З приводу ерозивно—виразкових процесів шлунка й ДПК призначали гіпосекреторні препарати з огляду на інфікованість H. pylori. При виявленні поліпів шлунка виконували ендоскопічну поліпектомію. Хворим за кишкової метаплазії стравоходу призначали інгібітори протонної помпи та динамічне ендоскопічне спостереження з біопсією.

Ендоскопічна картина після шунтування шлунка: стравохід містить незначну кількість слини, вільно прохідний; слизова оболонка стравохідно—шлункового переходу не змінена, кардія в зімкненому стані; проксимальний резервуар шлунка невеликих розмірів (10—30 мл), вертикально орієтований, містить незначну кількість слини; гастроентероанастомоз діаметром 1,5—2 см, вільно прохідний для ендоскопа (діаметром 1,2 см), без ознак запалення, округлої (у 87% спостережень) чи щілиноподібної (у 13%) форми; оглянуті ділянки тонкої кишки перистальтують, їх слизова оболонка еластична, блідо—рожевого забарвлення, без патологічного вмісту. У 5 хворих після операції виникли ускладнення: виразка гастроентероанастомозу — у 2 (3,4%), стеноз гастроентероанастомозу — у 3 (5,1%). При виразці гастроентероанастомозу (від 1 до 3 міс після шунтування шлунка) відзначали: власне виразку в ділянці гастроентероанастомозу лінійної форми, розмірами 0,2—0,8 × 1—2 см; набряк, гіперемію, нашарування фібрину навколо виразки; великий об'єм секреторного вмісту в проксимальному резервуарі шлунка; в 5,1% спостережень — стеноз гастроентероанастомозу до (0,8 ± 0,1) см.

Отже, гастроінтестинальна ендоскопія у хворих на морбідне ожиріння є обов'язковим етапом дослідження до виконання баріатричної операції та післяопераційного моніторингу, дозволяє виявити патологію органів верхніх відділів травного каналу, вчасно провести їх лікування. Операція шунтування шлунка за Capella не спричиняє грубих морфологічних змін у шлунку.

СОДЕРЖАНИЕ С—РЕАКТИВНОГО ПРОТЕИНА И СИАЛОВЫХ КИСЛОТ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

А. С. Лаврик, О. А. Лаврик, Е. П. Дмитренко

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев

Ожирение — одна из основных причин тяжелых заболеваний, во многом определяющих риск смертности. В литературе имеются сообщения о сложных процессах, происходящих в жировой ткани, которые обусловливают тяжелые метаболические нарушения и лежат в основе метаболического синдрома и сахарного диабета II типа. Хроническое воспаление и гипоксия жировой ткани могут быть пусковыми моментами в формировании метаболических нарушений.

Наиболее изученным фактором воспалительного процесса является С—реактивный протеин (СРП). Он также выступает маркером предрасположенности при заболеваниях сердечно—сосудистой системы и сахарном диабете II типа. Сиаловые кислоты (СК) и серомукоид (СМ) — также показатели острофазного процесса, однако более стабильные, чем СРП. СК входят в состав многих белков крови (церулоплазмин, гаптоглобин, гликопротеины), определяют их стабильность и длительность циркуляции в крови.

Цель исследования: оценить изменения уровня СРП у пациентов при морбидном ожирении после операций бандажирования (БЖ) и шунтирования (ШЖ) желудка, установить корреляцию между уменьшением массы тела (МТ) и изменением уровня СРП, а также наличие изменений некоторых острофазных показателей (СК, СМ).

В исследование включены 90 пациентов, 86 женщин, 14 мужчин, в возрасте в среднем (46,8 ± 2,7) года, из них 45 — выполнено БЖ, 45 — ШЖ. МТ в среднем (175 ± 8,4) кг, индекс МТ (ИМТ) — (54,8 ± 5,9) кг/м^2.

Содержание СРП, СК и СМ изучали до операции и через 6 мес после нее. Для установления связи между показателем СРП и снижением МТ рассчитывали коэффициент корреляции (r).

Уровень СРП до операции был (89,1 ± 1,9) мг/л, СК — (3,15 ± 0,8) ммоль/л, СМ — (1,5 ± 1,2) МЕ.

Через 6 мес после оперативного вмешательства наблюдали уменьшение МТ: после БЖ — до (132,6 ± 1,5) кг, после ШЖ — до (116 ± 2,1) кг.

После БЖ и ШЖ уровень СРП существенно снизился по сравнению с таковым до операции: после БЖ — до (8,5 ± 1,2) мг/л, после ШЖ — до (6,2 ± 0,8) мг/л, однако нормальные показатели не достигнуты ($P < 0,01$). Между степенью утраты МТ и снижением уровня СРП установлена тесная позитивная линейная корреляция ($r = 7,4$).

После БЖ уровень СК составил (2,96 ± 0,7) ммоль/л, СМ — (0,17 ± 0,9) МЕ; после ШЖ — соответственно (2,68 ± 1,5) ммоль/л и (0,18 ± 1,1) МЕ.

Таким образом, после операций БЖ и ШЖ уровень СРП, СК и СМ снизился. Полученные результаты подтверждают наличие хронического воспалительного процесса в жировой ткани и уменьшение его тяжести после бариатрических вмешательств.

ПОВТОРНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

А. С. Лаврик, А. С. Тывончук

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев

Хирургические методы лечения морбидного ожирения (МО) — мальабсорбтивные и гастрорестриктивные операции — позволяют достаточно эффективно уменьшить массу тела пациента. В то же время, они существенно влияют на функциональное состояние пищеварительной и других систем организма. Возникающие при этом патологические синдромы нивелируют эффект операции, вплоть до стойкой утраты трудоспособности. К сожалению, консервативные методы лечения МО недостаточно эффективны, необходимо выполнение реконструктивно—восстановительных операций.

В клинике с 1983 по 2011 г. по поводу МО лечили 551 пациента. Бандажирование желудка выполнено у 376 из них, шунтирование желудка — у 58, билиопанкреатическое шунтирование по Скопинаро — у 22, по Хесс — у 18, продольная резекция желудка — у 11, еюноилеошунтирование (ЕИШ) — у 64, вертикальная гастропластика — у 2. Повторные реконструктивные операции произведены 23 (4,2%) больным в сроки от нескольких дней до 6 лет после первого вмешательства, в зависимости от характера осложнений.

После операции ЕИШ 5 (7,8%) пациентов оперированы повторно. У 3 больных показанием к операции включения в пищеварение выключенного сегмента тонкой кишки был синдром мальабсорбции, что обусловило тяжелые нарушения водно—электролитного баланса; у 1 пациентки выполнена реконструктивная операция в связи с образованием конкрементов в мочевыводящих путях; у 1 — тяжелый энтерит выключенной кишки. У 2 пациентов по поводу синдрома мальабсорбции выполнено бандажирование желудка.

После операции бандажирования желудка повторно оперированы 22 пациента. Наиболее часто выполняли удаление манжеты — у 14 больных, сужение неуправляемого бандажа — у 2, репозицию и ребандажирование желудка — у 3. Одной больной произведена продольная резекция желудка, 2 — шунтирование желудка.

После операции шунтирования желудка повторно оперирован один больной в связи с острым кровотечением в просвет желудка в 1—е сутки после операции.

После продольной резекции желудка у одной больной выполнено шунтирование желудка.

Таким образом, выполнение повторных реконструктивных операций позволяет улучшить результаты лечения больных МО. Выбор метода повторной операции определяется видом первой бариатрической операции и характером осложнений.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПО N. SCOPINARO

А. С. Лаврик, А. С. Тывончук, Е. П. Дмитренко, О. А. Лаврик

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев

Метаболический синдром (МС) — одно из наиболее распространенных заболеваний в высокоразвитых странах, его диагностируют почти у 30% взрослого населения. В возрасте старше 60 лет частота его достигает 42—43,5%. Консервативное лечение МС мало эффективно, особенно при морбидном ожирении.

Накопленный опыт хирургического лечения ожирения свидетельствует, что устойчивое и адекватное уменьшение массы тела сопровождается нормализацией гликемии, улучшением течения сахарного диабета II типа, нормализацией липидного спектра крови и артериального давления.

Целью работы была оценка эффективности метаболического эффекта билиопанкреатического шунтирования по N. Scopinaro.

В исследование включены 15 пациентов, которым по поводу морбидного ожирения и МС выполнено билиопанкреатическое шунтирование по N. Scopinaro. Длина общей петли от 50 до 90 см: у 2 (13,3%) больных — 50 см, у 11 (73,3%) — 75 см, у 7 (46,7%) — 80 см, у 2 (13,3%) — 85—90 см. Мужчин было 8 (53,3%), женщин — 7 (46,7%). Возраст больных от 38 до 55 лет, в среднем (46,2 ± 6,6) года. ИМТ — от 50 до 73 кг/м^2, масса тела больных от 150 до 220 кг, в среднем (187,4 ± 23,4) кг.

У всех больных выявлена дислипидемия: у 12 (80%) — триглицеридемия — уровень триглицеридов (2,33 ± 0,53) ммоль/л. У всех больных уровень ХС ЛПВП был ниже нормы и составлял у мужчин — (1,05 ± 0,65) ммоль/л, у женщин — (0,91 ± 0,64) ммоль/л. У всех больных уровень ХС ЛПНП превышал нормальные показатели и составлял (3,84 ± 0,79) ммоль/л.

У всех пациентов уровень инсулина натощак был повышен и составлял 33,7 — 49,2 мкмоль/мл, в среднем — (39,7 ± 5,1) мкмоль/л. У 10 (66,7%) больных выявлено нарушение толерантности к глюкозе, у 2 (13,3%) — диагностирован сахарный диабет II типа, пациенты применяли сахароснижающие препараты, 8 (53,3%) — гипотензивные средства. Все пациенты обследованы в сроки от 1 мес до 10 лет после операции.

У всех больных после операции отмечено стойкое уменьшение массы тела: утрата избыточной массы тела через 3 мес составляла (17,07 ± 3,35)%, через 6 мес — (22,13 ± 3,16)%, через 9 мес — (31,43 ± 2,55)%, через 2 года — (40,06 ± 7,40)%, через 3 года — (44,72 ± 8,56)%.

Через 3 мес у 10 (66,7%) пациентов показатели липидограммы нормализовались, у 3 (20%) — сохранялся высокий уровень триглицеридов — (2,05 ± 0,49) ммоль/л, у 5 (33,3%) — низкий уровень ХС ЛПВП — (0,82 ± 0,03) ммоль/л. Через 6 мес у 13 (86,7%) пациентов показатели липидограммы были в пределах нормы, у 2 (13,3%) — сохранялся низкий уровень ХС ЛПВП — (0,82 ± 0,04) ммоль/л. Через 1 год после операции у всех пациентов отмечена тенденция к нормализации показателей липидного профиля крови.

У всех больных через 6 мес после операции отмечено снижение уровня инсулина в крови натощак, в среднем он составлял (33,61 ± 12,42) мкмоль/л, у 2 (13,3%) — нормализовался. Через 12 мес у 13 (86,7%) пациентов уровень инсулина натощак был в пределах нормы — (15,35 ± 7,62) мкмоль/л, через 2 года — у 14 (93,3%), только у 1 (6,7%) больного сохранялся его высокий уровень, хотя он был ниже такового до операции. У 6 (40%) больных в течение 9 мес нормализовались показатели глюкозотолерантного теста, 1 (6,7%) пациент полностью отказался от применения сахароснижающих препаратов, 1 (6,7%) — уменьшил дозы. У 4 (26,7%) пациентов в пери-

од наблюдения уменьшены дозы гипотензивных препаратов, 2 (13,3%) — отказались от их применения.

У 2 (13,3%) больных, которым операция выполнена по классической методике N. Scopinaro с длиной общей петли 50 см, возникли тяжелые нарушения метаболизма. Через 2 года у 1 (6,7%) больной отмечена анемия, 1 (6,7%) больная умерла на фоне синдрома мальабсорбции и выраженной гипопротеинемии через 4 года после операции.

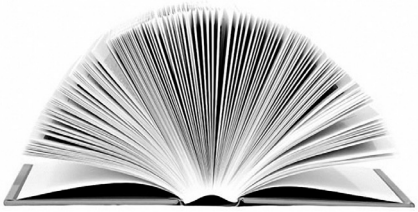
Таким образом, билиопанкреатическое шунтирование по N. Scopinaro — высокоэффективный метод хирургической коррекции метаболических нарушений у больных с ожирением, позволяет достичь адекватной и стойкой коррекции нарушений липидного и углеводного обмена как основных составляющих МС. Классическую методику билиопанкреатического шунтирования по N. Scopinaro с длиной общей петли 50 см следует применять по строгим показаниям.

НАУКОВО-МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО
"ЛІГА - ІНФОРМ"

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» (м. Київ) запрошує до співпраці авторів медичної літератури.
Ми беремо на себе всі турботи про Вашу монографію: від редагування та створення оригінал-макету до поліграфічного виконання.

Видавництво, створене на базі журналу «Клінічна хірургія», допоможе видати книги з медицини, підручники, атласи, монографії.

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» запрошує до взаємовигідної співпраці також фармацевтичні компанії, які займаються виробництвом, розповсюдженням і просуванням на ринок України лікарських засобів, медичного устаткування, компанії фармацевтичної промисловості (організації та представництва).



ТОВ "Ліга-Інформ", 03680, м. Київ, вул. Героїв Севастополя, 30.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА БАЛАНС ПРО— И АНТИВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МЕДИАТОРОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В РЕГУЛЯЦИИ ПРОЦЕССОВ МЕТАБОЛИЗМА ЖИРОВОЙ ТКАНИ

Л. С. Литвинова, Е. В. Кириенкова, Н. Н. Аксенова, П. А. Затолокин, Н. Д. Газатова

Балтийский федеральный университет им. И. Канта, г. Калининград, РФ,
Областная клиническая больница, г. Калининград, РФ

По данным экспериментальных и клинических исследований последних лет, выявлен новый феномен: ожирение обусловливает воспаление жировой ткани (ВЖТ). При этом выраженность воспаления строго коррелирует со степенью ожирения. Воспалительный процесс влияет на метаболическую и секреторную функции жировой ткани и играет ведущую роль в возникновении сопровождающих ожирение патологических процессов, в частности, метаболического синдрома (МС), сахарного диабета II типа, атеросклероза и др.

Целью исследования явилось изучение баланса про— и антивоспалительных цитокинов и адипокинов у больных с МС до и после коррекционных мероприятий, в среднем через (21 ± 6) мес, для выявления новых корреляционных взаимосвязей и глубокого изучения его патогенеза. В программу исследования включены 47 пациентов с МС, 30 женщин и 11 мужчин, в возрасте в среднем (47,67 ± 8,84) года, индекс массы тела (ИМТ) (45,67 ± 9,87) кг/м^2, 21 из них находились под наблюдением эндокринолога, 26 — выполнена операция лапароскопического гастрошунтирования (ЛГШ). Концентрацию в сыворотке про— и антивоспалительных цитокинов и адипокинов определяли методом ИФА (ELISA) в соответствии с инструкциями производителей тест—систем Вектор—Бест (Новосибирск), DRG Diagnostics (Германия), Bachem (Torrence, Канада).

Через (21 ± 6) мес после хирургического лечения МС регистрировали существенное уменьшение ИМТ — с (45,67 ± 9,87) до (32,45 ± 5,35) кг/м^2 ($P < 0,05$). В то же время, в группе пациентов, которым проведено консервативное лечение, наблюдали лишь незначительное уменьшение этого параметра — с (45,67 ± 9,87) до (38,92 ± 6,83) кг/м^2. Хирургическая и терапевтическая коррекция МС способствовала существенному снижению уровня в сыворотке лептина — медиатора, концентрация которого в плазме крови пропорциональна количеству жировой ткани, более значимому после ЛГШ. Интересной была динамика изменения основных медиаторов с провоспалительной активностью. Так, до лечения у больных с МС регистрировали высокий уровень в сыворотке основных цитокинов с провоспалительным действием — TNF—α, IFN—γ, IL—6, IL—8. Лептин, TNF—α, IL—6 и IFN—γ, а также основной хемокин — IL—8 повышают активность макрофагов и Т—лимфоцитов, потенцируя их способность к секреции молекул с провоспалительным действием в жировой ткани. В отдаленные сроки после ЛГШ наблюдали достоверное снижение уровня этих цитокинов, тогда как после консервативной терапии содержание IL—8 и IFN—γ было повышено. Снижение уровня изучаемых провоспалительных медиаторов можно использовать в качестве благоприятного прогностического признака при лечении МС. В свою очередь, особый интерес вызывает исследование уровня трансформирующего фактора роста—β (TGF—β). Стимулируя пролиферацию преадипоцитов, он способствует увеличению массы жировой ткани, что провоцирует субклиническое воспаление при МС. В наших исследованиях наблюдали разнонаправленные результаты после разных видов лечения: нормализацию уровня TGF—β — после хирургического лечения и его значительное повышение (в среднем в 1,5 раза) — после консервативной терапии МС. Оценивая уровень в сыворотке цитокинов с антивоспалительным действием — IL—10 и IL—4, мы обнаружили его значительное снижение у больных с МС. После терапевтической и хирургической коррекции он не изменялся, оставаясь сниженным. Наоборот, исходно низкий уровень адипонектина у пациентов с МС после лечения нормализовался в обеих группах. Продукция адипонектина в организме обратно пропорциональна степени ожирения и тяжести МС. Адипонектин обладает ангиопротекторным свойством и повышает чувствительность тканей к инсулину, что определяет динамику его содержания на фоне лечебных мероприятий в мониторировании лечения МС.

В целом, следует отметить, что на фоне терапевтического и хирургического лечения наблюдали лишь частичную нормализацию баланса про— и антивоспалительных медиаторов. В то же время, выявленные нами различия динамики изучаемых адипоцитокинов у больных после ЛГШ и терапевтической коррекции можно объяснить более интенсивным снижением ИМТ и исключением гормонов кишечника из регуляторных механизмов после хирургического вмешательства.

Исследование выполнено в рамках реализации Федеральной целевой программы "Научные и научно—педагогические кадры инновационной России" на 2009 — 2013 гг.

НЕОБЫЧНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПРОЛАПСА БАНДАЖА В ПРОСВЕТ ЖЕЛУДКА

М. Е. Марголин, В. А. Барло, Л. В. Лобачев

Балтийский центр исследования и лечения ожирения, г. Рига, Латвия
Районная больница, г. Лимбажи, Латвия

Одним из часто возникающих поздних осложнений бандажирования желудка является пролапс бандажа в просвет желудка. Приводим собственное наблюдение.

Пациентка П., 31 года, диагноз: морбидное ожирение (ИМТ — 47 кг/м^2), метаболический синдром, жировой гепатоз печени, выраженная гепатомегалия. В декабре 2006 г. выполнено лапароскопическое бандажирование желудка (ЛБЖ — SAGB Velocity). В первые сутки после операции произошло соскальзывание бандажа, выполнена открытая репозиция. В течение 5 лет после операции % EWL составил 69%, уменьшилась выраженность клинических проявлений метаболического синдрома. Выполнено 5 процедур уменьшения бандажа, введено в общей сложности 11,5 мл изотонического раствора натрия хлорида, последний раз — в ноябре 2011 г.

В декабре 2011 г. возникли интенсивная боль в животе после еды, отек и гиперемия в области порта. В течение 6 мес проводили консервативное лечение, неоднократно назначали антибиотики. В апреле 2012 г. в области порта образовался свищ, после чего боль в животе исчезла. В июне 2012 г. при обследовании констатирова-

на нормальная эндоскопическая картина слизистой оболочки желудка, характерный валик бандажа, пассаж контрастного вещества в норме. В области порта заживший подкожный свищ.

Диагноз: состояние после ЛБЖ. Инфицирование порта. Пациентка оперирована. При ревизии порта выявлены небольшие рубцово—фиброзные изменения тканей вокруг него, без признаков гноя. Через порт извлечено около 50 мл пенистой зеленоватой жидкости, что свидетельствовало о дефекте бандажа и контакте его с содержимым желудка. Принято решение удалить бандаж. При лапароскопическом выделении бандажа от него непосредственно в месте входа оторвался шланг, и без того затрудненная вследствие спаечного процесса визуализация бандажа была полностью утеряна, выполнено открытое удаление бандажа. На 2—е сутки после операции пациентка в удовлетворительном состоянии выписана для дальнейшего амбулаторного лечения.

Таким образом, пролапс бандажа в просвет желудка является одним из наиболее тяжелых поздних осложнений ЛБЖ. Первыми клиническими признаками являются интенсивная боль при приеме пищи и инфицирование бандажа.

Профилактикой этого осложнения является строгое и регулярное управление бандажом, контроль пищевого поведения пациента, длительная обратная связь между ним и оперирующим хирургом.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПОСТОЯННОГО СТРЕССА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ

Е. И. Марголина, М. Е. Марголин, Э. Х. Клешмитс, У. У. Тейбе, Е. Ю. Чуриков

Балтийский центр исследования и лечения ожирения, г. Рига, Латвия
Поликлиника МВД Латвийской Республики,
Университет имени Паула Страдыня, г. Рига, Латвия

Из причин возникновения ожирения значительную роль играют изменения психологического состояния человека, в том числе воздействие на него различных психотравмирующих факторов. Целью исследования являлась оценка влияния длительного постоянного стресса на возникновение ожирения у сотрудников МВД Латвии.

При проведении в ходе ежегодной медицинской комиссии обследованы 420 сотрудников МВД — полицейских, пожарных и пограничников (все мужчины).

Оценивали изменения иддекса массы тела (ИМТ) в зависимости от возраста и срока службы по сравнению с таковыми в контрольной группе.

В контрольной группе с ИМТ от 25 до 30 кг/м^2 было 35,4% обследованных, полицейских — 45,9%, пожарных — 50,7%, пограничников — 49,2%. В контрольной группе лиц с ожирением было 19,5%, полицейских — 30,3%, из которых у 2,9% диагностировано морбидное ожирение, у пожарников — 22,9%, морбидное ожирение — у 2,6% из них. У сотрудников частота ожирения составила 28,6%. В группе полицейских со сроком службы до 10 лет ожирение выявлено у 16,1%, более 15 лет — у 36,7%, у пожарников — соответственно 10 и 31%, у пограничников — 14,3 и 29,4%.

Таким образом, длительный постоянный стресс (нерегулярное питание, ненормированный рабочий день, суточные дежурства, эмоциональные и психические перегрузки) способствует возникновению ожирения у сотрудников правоохранительных органов.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОДОЛЬНОЙ ГАСТРОПЛИКАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ МОРБИДНОМ ОЖИРЕНИИ

Н. Н. Милица, К. Н. Милица

Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины

Продольная гастропликация — рестриктивная бариатрическая операция, которая предусматривает значительное уменьшение объема желудка путем продольной пликации его большой кривизны. По данным литературы, продольная гастропликация не менее эффективна, чем другие рестриктивные бариатрические операции, но при этом более безопасна.

На базе клиники кафедры хирургии и проктологии в период с 2011 по 2012 г. выполнены 6 операций продольной гастропликации большой кривизны желудка у 4 женщин и 2 мужчин. Индекс массы тела (ИМТ) от 38 до 57 кг/м^2, в среднем 46 кг/м^2. Четыре операции произведены с использованием лапаротомного доступа, 2 — лапароскопически. У 4 пациентов были выполнены симультанные операции (холецистэктомия, по поводу рецидивной грыжи брюшной стенки, гистерэктомия). Учитывая этап освоения новой методики, продолжительность операций составила от 110 до 230 мин. Утрата избыточной массы тела в течение 1—го месяца составила в среднем 19% (у 6 пациентов), через 3 мес — 32% (у 4), через 6 мес — 51% (у 2). Осложнения в виде тошноты и срыгивания отмечены у всех пациентов, их продолжительность от 2 до 5 сут.

Наш опыт согласуется с данными литературы и позволяет рекомендовать продольную гастропликацию большой кривизны желудка к применению. По сравнению с другими рестриктивными операциями преимуществами метода являются: относительная техническая простота выполнения, низкая себестоимость, отсутствие необходимости внедрения инородных материалов, вскрытия просвета желудка и удаления его части, что снижает риск возникновения несостоятельности швов и железодефицитного состояния у пациентов после операции. При выборе между лапаротомным и лапароскопическим доступом предпочтение следует отдать лапароскопической методике не только потому, что она более легко переносится пациентом, но и в связи с тем, что она более удобна для хирурга, особенно при работе в области дна желудка.

АЛГОРИТМ ВЫБОРА МЕТОДА АБДОМИНОПЛАСТИКИ

В. Г. Мишалов, В. В. Храпач, О. В. Балабан, И. А. Назаренко, Д. В. Унукович, О. И. Априамова, А. В. Храпач

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца МЗ Украины, г. Киев

Наиболее распространенным алгоритмом при выборе метода абдоминопластики является описанная в 90—х годах прошлого столетия классификация A. Matarasso, основанная на анализе четырех типов операций на передней брюшной стенке (липосакция, миниабдоминопластика, модифицированная и стандартная абдоминопластика), которые применяют в зависимости от результатов оценки эластичности кожи, слабости мышечно—фасциальной системы, выраженности подкожной основы.

Однако в последние 10 лет отмечен определенный прогресс в методологии абдоминопластики, в частности, усовершенствованы и разработаны операции, направленные на эффективное натяжение мышечно—апоневротического каркаса передней брюшной стенки, в том числе с применением миниинвазивных методов, симультанных операций.

Нами предложен расширенный алгоритм выбора метода абдоминопластики в зависимости от типа дефекта брюшной стенки.

Тип 1. Кожа эластичная, способная к сокращению*; увеличенный слой подкожной основы; тонус мышечно—апоневротического каркаса сохранен. Рекомендуется липосакция как самостоятельная операция.

Тип 2. Кожа эластичная, способная к сокращению; слой подкожной основы не увеличен; тонус мышечно—апоневротического каркаса ослаблен вследствие диастаза прямых мышц живота и наличия небольшой грыжи. Выполняют "закрытую" миниабдоминопластику: устранение диастаза прямых мышц живота, герниопластику с использованием миниразрезов без иссечения кожи. Возможно применение эндоскопических технологий и видеотехники.

Тип 3. Кожа умеренно избыточная, способная к сокращению; не увеличен слой подкожной основы; тонус мышечно—апоневротического каркаса сохранен или несколько снижен.

Показаны "открытая" миниабдоминопластика: иссечение небольшого участка избытка кожи посредством ограниченного нижнего или/и верхнего (реверсного) разреза; по показаниям — пластика апоневроза, возможно, с применением эндоскопических технологий и видеотехники.

Тип 4. Кожа умеренно растянута; незначительный слой подкожной основы; тонус мышечно—апоневротического каркаса значительно ослаблен. Оптимальный выбор: модифицированная абдоминопластика**: пластика апоневроза, корригирующая дермолипэктомия; по показаниям — резекция большого сальника

Тип 5. Кожа перерастянута, неспособна к сокращению; увеличен слой подкожной основы с птозом в виде "фартука"; тонус мышечно—апоневротического каркаса ослаблен. Модифицированная абдоминопластика: дермолипэктомия, аутопластика апоневроза.

Тип 6. Кожа перерастянута, неспособна к сокращению; увеличенный слой подкожной основы с птозом в виде "фартука"; тонус мышечно—апоневротического каркаса ослаблен; имеются грыжи. Планируют выполнение симультанных операций на органах брюшной полости. Модифицированная абдоминопластика: дермолипэктомия, лапаротомия, ауто— и/или аллопластика апоневроза, герниопластика, симультанные операции на органах брюшной полости.

Алгоритм используется в клинике в течение 6 лет, что подтверждает его практическую ценность.

* — Способность кожи к сокращению определяют субъективно — по наличию растяжек, в зависимости от возраста пациента и т. д. При этом следует учитывать, что прогнозировать изменения кожи лоскута после мобилизации с абсолютной точностью невозможно.

** — "Модифицированная абдоминопластика" — один из современных вариантов операции, поскольку стандартную абдоминопластику в протокольном исполнении в настоящее время авторы не применяют.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

А. С. Никоненко, Д. А. Децык, А. В. Клименко, Е. И. Гайдаржи, Н. Г. Головко

Запорожский государственный медицинский университет

Сегодня консервативное лечение морбидного ожирения представляет достаточно сложную задачу. Необходимо не только адекватно уменьшить массу тела (МТ), но и удержать ее. Примерно у 90% пациентов после уменьшения МТ с помощью консервативных методов избыточная МТ восстанавливается, при этом, как правило, с прибавкой от 20 до 50% утраченной МТ. В то же время, наличие тяжелых сопутствующих ожирению заболеваний — артериальной гипертензии, сахарного диабета (СД) II типа, дислипидемии, ишемической болезни сердца (ИБС), заболеваний опорно—двигательного аппарата — обусловливает инвалидность и преждевременную смерть. Это свидетельствует о необходимости широкого внедрения хирургических методов, направленных на устойчивое уменьшение избыточной МТ и коррекцию компонентов метаболического синдрома.

Разработка и внедрение лапароскопических методов бариатрической хирургии позволили более эффективно решать проблему избыточной МТ и коррекции метаболических нарушений.

В течение 4 лет в клинике внедряются лапароскопические бариатрические вмешательства. Оперированы 11 пациентов, в том числе 10 женщин и 1 мужчина. Возраст больных от 37 до 51 года, в среднем — (42,1 ± 3,6) года. МТ до операции от 89 до 158 кг, в среднем — (113,8 ± 14,32) кг. ИМТ от 30 до 62,8 кг/м^2, в среднем — (41,6 ± 8,1) кг/м^2. У 9 (82%) пациентов выявлены сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия — у 8 (89%), ИБС — у 4 (44%), бронхиальная астма — у 1 (11%), СД II типа — у 3 (33%), нарушение толерантности к глюкозе — у 3 (33%), гиперхолестеринемия — у 5 (55%).

У 5 (45%) больных выполнено лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка с использованием бандажа SAGB; у 3 (27%) — лапароскопическое нерегулируемое бандажирование желудка. В качестве бандажа использовали манжету, изготовленную из полипропиленовой сетки. Манжету формировали с помощью ретикулярного линейного сшивающего аппарата для лапароскопической хирургии с использованием белой кассеты на желудочном зон-

де 36 Fr. У всех больных бандаж устанавливали через pars flaccida. Объем сформированного малого желудка от 20 до 30 мл. У 1 (9%) больной при ИМТ 62,8 кг/м^2 выполнена операция рукавной резекции желудка (gastric sleeve), у 2 (18%) пациентов при ИМТ 38 и 39,7 кг/м^2 — операция gastric bypass. Эти операции выполняли с использованием сшивающего аппарата "Эшелон" 60 с применением синих кассет. Для мобилизации желудка использовали ультразвуковой диссектор Harmonic. Гастроэнтеростомию выполняли с помощью линейного сшивающего аппарата с последующим наложением однорядного обвивного шва на место введения браншей аппарата. Длина алиментарной петли при gastric bypass составляла 150 см.

Несмотря на то, что у всех пациентов выявлены тяжелые сопутствующие заболевания, после бариатрических операций все они живы. В раннем послеоперационном периоде осложнений, связанных с выполненными операциями, не наблюдали.

Результаты лечения больных проанализированы в сроки от 6 мес до 4 лет. Оценивали процент утраты избыточной МТ (% EWL). После регулируемого и нерегулируемого бандажирования желудка % EWL в среднем составил за 6 мес — 35%, за 1 год — 65%, за 2 года — 70%, за 2,5 года — 73%, за 3 года — 67,5%, за 4 года — 81%. Первую регулировку бандажа осуществляли через 1 мес после операции, затем — по мере уменьшения МТ. Показаниями к регулировке считали уменьшение МТ меньше 0,5 кг за 1 нед либо отсутствие изменений в течение 1 мес, ориентировались также на субъективные признаки, когда пациент переставал ощущать ограничительное действие бандажа. У одной больной через 2 года 7 мес бандаж пролабировал в просвет желудка. Первыми признаками осложнения были формирование серомы и воспаление вокруг регулировочного порта. Больной выполнено лапароскопическое удаление бандажа (в клинике Израйля). После гастрошунтирования % EWL за 6 мес составил в среднем 45%, за 9 мес — 77,5%, за 1 год — 79%; после рукавной резекции желудка за 3 мес — 21%, за 6 мес — 28%, за 9 мес — 53%. Оценивали также соматическое состояние пациентов после операции. Артериальное давление стабилизировалось у всех пациентов. При бронхиальной астме в сроки до 3 лет отмечена ремиссия. Дислипидемия устранена у всех пациентов. Нарушение толерантности к глюкозе в отдаленном периоде не выявлено. СД II типа компенсирован без примения препаратов. В сроки более 9 мес у 2 больных выполнены пластикокорригирующие операции абдоминопластика с липосакцией с хорошими эстетическими результатами. Качество жизни улучшилось по нескольким параметрам — самочувствие, физическая активность, самооценка, пациенты отказались от применения медикаментов, а также, что немаловажно, произошла социальная реабилитация.

Таким образом, после выполнения лапароскопических бариатрических операций у пациентов по поводу морбидного ожирения достигнуты хорошие ближайшие и отдаленные результаты, что проявлялось стойким уменьшением МТ, устранением метаболических нарушений, улучшением качества жизни с сохранением профессионального уровня и социальной активности. Внедрение миниинвазивных методов позволило улучшить результаты лечения, достичь хорошего косметического результата, уменьшить продолжительность лечения больного в стационаре. Необходимо включение в протоколы лечения морбидного ожирения и метаболического синдрома бариатрических методов. Обязательна консультация бариатрического хирурга при лечении пациентов с морбидным ожирением, особенно трудоспособного возраста.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ

М. Ю. Ничитайло, О. М. Литвиненко, П. В. Огородник, І. І. Лукеча, О. М. Гулько, А. Г. Дейниченко

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

На початку XXI століття значно збільшилася кількість пацієнтів, у яких діагностують калькульозний холецистит, що визначають як його "тиху епідемію". Лапароскопічну холецистектомію останнім часом вважають методом вибору при лікуванні калькульозного холециститу.

Показання до її виконання значно розширені, у тому числі у хворих на ожиріння. Ожиріння будь—якого ступеня не є протипоказанням до здійснення лапароскопічної холецистектомії. Дискутабельним є питання про особливості виконання лапароскопічної холецистектомії у хворих на ожиріння тяжкого ступеня.

Мета роботи: дати клінічну оцінку лапароскопічній холецистектомії як методу лікування калькульозного холециститу у хворих на ожиріння різного ступеня.

В період з 1993 по 2011 р. в клініці з використанням лапароскопічних технологій оперовані 20 750 хворих, в тому числі 1790 (8,6%) — з ожирінням різного ступеня. Ожиріння I ступеня (індекс маси тіла — ІМТ понад 30 кг/м^2) — відзначене у 980 (54,4%) хворих, II ступеня (тяжке, ІМТ понад 35 кг/м^2) — у 560 (31,2%), III ступеня (морбідне, ІМТ понад 40 кг/м^2) — у 200 (11,2%), IV ступеня (суперожиріння, ІМТ понад 50 кг/м^2) — у 50 (2,8%). В основному це хворі молодого й середнього віку, переважна більшість жінки — 1500 (67%) віком від 22 до 68 років, чоловіки — 290 (16,2%). Маса тіла у жінок від 78 до 152 кг, ріст від 151 до 179 см, у чоловіків — від 112 до 143 кг, ріст від 158 до 190 см.

Калькульозний холецистит діагностований в усіх пацієнтів, біліарна гіпертензія — у 300 (16,7%). У 265 з них виявлені конкременти позапечінкових жовчних проток, у 30 — стеноз великого сосочка дванадцятипалої кишки, у 5 — його аденома. Супутні захворювання діагностовані у 1256 (70,1%) пацієнтів, у тому числі серцево—судинної системи — у 713 (56,7%).

Технічне виконання лапароскопічних операцій у хворих на ожиріння I та II ступеня не відрізнялось від такого за нормальної маси тіла.

Виконання оперативного втручання у хворих на ожиріння III та IV ступеня мало технічні особливості. Пневмоперитонеум створювали дозовано і поступово. Поступове підвищення швидкості подання CO_2 та накладання пневмоперитонеуму з рівнем внутрішньочеревного тиску 12—14 мм рт. ст. дозволяло створити достатній простір та зменшити негативний вплив на гемодинаміку. У 1400 (78,2%) пацієнтів оперативне втручання виконували з накладанням пневмоперитонеуму за внутрішньочеревного тиску 12—14 мм рт. ст., у 300 (16,7%) — 14—16 мм рт. ст., у 90 (5%) — 8—10 мм рт. ст., що пов'язане з наявністю супутніх захворювань.

У хворих на ожиріння IV ступеня перший троакар вводили відкритим способом за методикою Hassen з подальшим встановленням троакарів довжиною від 12 до 15 см.

Використання ендоскопа з скошеною на 30° оптикою сприяло покращенню візуалізації об'єкта під час виконання внутрішньочеревного етапу операції та встановленню 5—го троакара у верхній лівий квадрант у хворих на ожиріння III і IV ступеня, дозволяло виконати тракцію великого сальника, печінки або відвести дванадцятипалу кишку.

Дренування черевної порожнини здійснене у 360 (20,1%) хворих за деструктивних форм калькульозного холециститу.

У 1580 (88,2%) хворих виконана лапароскопічна холецистектомія, з них з приводу неускладненого холециститу — у 1207 (76,4%), водянки жовчного міхура — у 264 (16,7%), емпієми жовчного міхура — у 87 (5,5%), зморщеного жовчного міхура — у 22 (1,4%). У 210 (11,7%) хворих здійснено конверсію, найчастіше — через синдром Міріцці — у 98 (46,6%), холецистодуоденальну норицю — у 46 (22%), міхурово—товстокишкову норицю — у 37 (17,6%), грубі рубцеві зміни в ділянці шийки жовчного міхура — у 20 (9,5%), наявність інтраопераційних ускладнень — у 9 (4,3%).

Ускладнення після оперативного втручання виникли у 107 (5,9%) хворих, з них у ранньому післяопераційному періоді — у 83 (77,5%): серома операційної рани — у 60 (72,2%), кровотеча з троакарної рани — у 12 (14,5%), гострий панкреатит — у 8 (9,6%), інфільтрат підпечінкового заглиблення — у 3 (3,6%). У 24 (22,4%) хворих відзначені специфічні ускладнення: інфільтрат параумбілікальної рани — у 19 (79,1%), абсцес параумбілікальної рани — у 3 (12,5%), абсцес підпечінкового заглиблення — у 2 (8,3%). Неспецифічні ускладнення виявлені у 86 (4,8%) хворих: кровотеча з верхніх відділів травного каналу — у 30, тромбофлебіт нижніх кінцівок — у 26, пневмонія — у 16, загострення циститу — у 9, сегментарний ателектаз — у 5.

Тривалість лапароскопічної холецистектомії у хворих на ожиріння різного ступеня мінімальна — 35 хв, максимальна — 215 хв, у середньому 71,12 хв. Тривалість лікування хворих у стаціонарі від 3 до 7 діб, у середньому 4 доби.

Висновки

1. Ожиріння будь—якого ступеня не є протипоказанням до виконання лапароскопічної холецистектомії.

2. Лапароскопічна холецистектомія у хворих на ожиріння I—II ступеня може бути виконана з використанням стандартного набору інструментів.

3. Виконання лапароскопічної холецистектомії у хворих на ожиріння III—IV ступеня має технічні особливості на всіх етапах втручання, зокрема, накладання пневмоперитонеуму, використання подовжених троакарів, введення додаткового троакара, додаткове анестезіологічне забезпечення.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ КОРЕКЦІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТА ОЖИРІННЯ ШЛЯХОМ ЗДІЙСНЕННЯ ІЛЕОДУОДЕНОПЛАСТИКИ

С. Є. Подпрятов, С. С. Подпрятов, В. В. Гирін, Л. М. Дупляк, Г. М. Кузнецова, О. Б. Тонковид

Центр електрозварювальної хірургії та новітніх хірургічних технологій, м. Київ

Метою роботи було оцінити якість життя хворих після корекції цукрового діабету та ожиріння шляхом здійснення ілеодуоденопластики.

Обстежені 10 хворих (1 чоловік і 9 жінок) віком від 23 до 66 років, у середньому (43,8 ± 15,6) року, яким у 2001—2012 рр. здійснили ілеодуоденопластику за власною методикою. До операції індекс маси тіла (ІМТ) становив 38—62 кг/м^2. Для аналізу використовували опитувальники SF—36 та ADDQoL, адаптуючи їх до особливостей впливу ілеодуоденопластики.

Нормалізація рівня глікемії та ліпопротеїдів відзначена в усіх хворих. Після операції пацієнти не використовують цукрознижувальні препарати. Ознак мальабсорбції не було. Лише 20% хворих через 2 роки продовжують суворо дотримувати дієти. Частота випорожнення 1—4 рази на добу.

Зменшення маси тіла за час спостереження з (142,6 ± 18,2) до (91,8 ± 9,2) кг, тобто, на (35,5 ± 6,4)%. ІМТ зменшився з (45,5 ± 6,2) до (32,4 ± 3,1) кг/м^2. Розмір одягу зменшився з 62—64 до 48—54.

Індекс задоволення здійсненням втручання 100%, задоволення самопочуттям — 96%. Всі пацієнти вже через 2—3 тиж після операції відчули інтерес до життя та навколишнього світу, бадьорість та бажання фізичної активності. Впродовж 7—12 діб у хворих був відсутній апетит, вони лише пили воду. Проте, на тлі загального піднесення, в період 1—3 міс 80% хворих спостерігали помірно виражені прояви депресії, неврозу та іпохондрії. Якщо останні зумовлені обмеженням побутової адаптації через біль в операційній рані та зниження сили м'язів внаслідок мобілізації глікогену, то депресія пов'язана з відчуттям здуття живота, "гуркотінням", важко регульованим випорожненням кишечнику, яке відбувалося 3—6 разів на добу. Ці відчуття є наслідком зміни травлення після ілеодуоденопластики. Механічне обмеження кількості їжі відсутнє, проте, можливості її перетравлення обмежені довжиною як харчової, так і загальної петлі. Перевищення цих можливостей спричиняє метеоризм і мальабсорбцію. Впродовж 3 міс всі пацієнти визначали прийнятний об'єм їжі та підбір продуктів. За умови дотримання харчового режиму встановлювалася частота випорожнення кишечнику 1—3 рази на добу оформленим або кашоподібним калом, що не завдавало пацієнтам незручностей. Розлади травлення визначали необхідність проведення психокорекції протягом 1—6 міс. Ранній початок лікувальної фізкультури суттєво зменшував цю потребу, що визначало ранню соціальну адаптацію.

В період від 6 до 12 міс обережний оптимізм змінювався впевненістю в собі та нормальністю свого стану. Ці зміни відбувалися відповідно до покращення загального фізичного стану, та, меншою мірою, усталення частоти випорожнення. Остаточну її нормалізацію 60% пацієнтів пов'язували переважно з часом, а не з дотриманням дієти. Також в період 6—12 міс можливості фізичної активності пацієнтів збільшувалися до самостійного виконання комплексу фізичних вправ, регулярних занять фізкультурою.

Покращення соціальної адаптації та/або активності відзначали всі пацієнти. Дещо нижчий рівень задоволення — 88% зумовлений як надмірними й нереальними очікуваннями, так і потребою в усуненні обвислих ділянок шкіри. Налагодження порушених статевих та сімейних стосунків відзначили всі пацієнти, у яких були такі порушення до операції (майже 60% загальної кількості хворих).

Нормалізація глікемії в усіх хворих відбулася від 1—ї доби, рівня інсуліну та С—пептиду — з 4—ї доби. Тенденція до нормалізації ліпідограми відзначена з 7—ї доби.

Через 1,5—2 роки глікемія та інсулінемія не перевищували нормальних показників. Рівень С—пептиду становив (967 ± 165) пмоль/л.

Всі пацієнти не шкодують з приводу проведення хірургічного лікування, всі готові порадити іншим хворим погодитися на здійснення ілеодуоденопластики.

Висновки

1. Покращення якості життя пацієнтів після здійснення ілеодуоденопластики зумовлене зменшенням цукрового діабету в ранньому післяопераційному періоді, зниженням маси тіла через 3 міс та нормалізацією ліпідного обміну через 6 міс.

2. Особливості переходу на новий спосіб травлення зумовлюють психічне напруження у хворих у строки 1—3 міс після операції.

3. Покращення фізичних можливостей пацієнтів відбувається через 6—12 міс після операції.

4. Становлення нової якості життя пацієнтів відбувається поетапно, протягом 1—3, 6 та 12—16 міс після виконання ілеодуоденопластики.

5. Загальні реабілітаційні заходи слід доповнювати специфічною психокорекцією, дієтотерапією, лікувальною фізкультурою відповідно до фізіологічних змін в організмі в певний період після здійснення баріатричного втручання.

ВЛИЯНИЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА КОМПОНЕНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Ю. И. Седлецкий, А. Е. Неймарк, К. А. Анисимова

Санкт—Петербургский государственный медицинский университет имени И. П. Павлова, г. Санкт—Петербург, РФ

Цель исследования: оценка влияния бариатрических операций на компоненты метаболического синдрома (МС).

В период с 2000 по 2011 г. оперированы 116 пациентов (31 мужчина и 85 женщин) по поводу морбидного ожирения. Масса тела (МТ) составила в среднем 136,7 кг, индекс массы тела (ИМТ) — 47,9 кг/м^2, избыточная МТ — 76,7 кг. У 44 пациентов диагностирован МС.

У 9 пациентов установлен внутрижелудочный баллон (ВЖБ), у 39 — выполнены рестриктивные операции: у 16 — регулируемое бандажирование желудка (РБЖ), у 23 — продольная резекция желудка (ПРЖ), у 39 — еюноилеошунтирование (ЕИШ) в модификации Ю. И. Седлецкого, у 29 — комбинированные операции: гастрошунтирование (ГШ) — у 24, билиопанкреатическое шунтирование (БПШ) — у 5.

После установки ВЖБ у 9 больных при ИМТ 40,3 кг/м^2 избыточная МТ уменьшилась на 15—30% в течение 6—12 мес. Наиболее интенсивное уменьшение МТ отмечено в первые 1,5—2 мес, в дальнейшем темп похудения снижался. Ограничение поступления энергии с пищей, отрицательный энергетический баланс и утрата МТ после операции способствовали повышению чувствительности к инсулину и косвенно — к снижению уровня глюкозы. Однако после удаления баллона, при несоблюдении режима питания, МТ возвращалась к исходной.

После РБЖ избыточная МТ уменьшалась до 46,2%, отмечена коррекция компонентов МС, снижение уровня глюкозы с 6,6 до 4,55 ммоль/л, уровня инсулина на 70% — с (159 ± 13) до (50 ± 31) пмоль/л, однако результат сохранялся не более 2—3 лет.

Одной из причин кратковременности результатов считают повышение уровня грелина натощак после выполнения БЖ. Учитывая, что гормон грелин регулирует функцию центра голода в гипоталамусе, у некоторых пациентов увеличивался аппетит. Поэтому возникали трудности с соблюдением рекомендаций по питанию, что часто сопровождалось переходом пациентов на сладкую, жидкую, с высокой энергетической ценностью пищу, поскольку именно достаточное количество углеводов уменьшает содержание грелина и, соответственно, чувство голода, обусловленное им.

После ПРЖ избыточная МТ уменьшалась на 46,2%, стойко снижался уровень глюкозы в крови с 6,82 до 6,06 ммоль/л. Это, вероятно, обусловлено удалением грелин—продуцирующей зоны, что способствовало снижению уровня грелина натощак, сопровождалось уменьшением аппетита в течение первого года после операции.

После операции ЕИШ с наибольшей вероятностью достижение стабильной нормогликемии происходило у больных при непродолжительном анамнезе заболевания (менее 5 лет) и наибольшем уменьшении МТ после операции. В сроки до 10 лет у большинства пациентов сохранялся нормальный уровень глюкозы натощак — 4,9 ммоль/л.

После выполнения ГШ наблюдали снижение уровня глюкозы с 8,68 до 6,23 ммоль/л уже в первый месяц, уровень инсулина снизился с (149,5 ± 75) до (54,8 ± 19,5) пмоль/л, гликозилированного гемоглобина — с (9,3 ± 1,4) до (6,4 ± 0,9)%.

После БПШ отмечено снижение уровня глюкозы с 7,03 до 6,03 ммоль/л, гликозилированного гемоглобина — с 8 до 5%, сохранявшееся на достигнутом уровне в течение всего периода наблюдения (3 года).

После шунтирующих и комбинированных операций уровень глюкозы в сыворотке крови нормализовался еще до уменьшения МТ (особенно, после БПШ). Такой результат обеспечивает инкретиновый эффект, обусловленный попаданием углеводов в дистальные отделы тонкой кишки.

После ЕИШ и БПШ у пациентов снижался уровень общего холестерина, нормализовался уровень атерогенных липидов в связи с изменениями энтерогепатической циркуляции вследствие выключения из пассажа большого участка подвздошной кишки.

Таким образом, благоприятное влияние бариатрических операций на компоненты МС обусловлено совокупностью рестриктивного, мальабсорбтивного компонентов, а также изменением постпрандиального уровня гастроинтестинальных гормонов, часть которых являются инкретинами.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

М. М. Сербул, Ф. Н. Ильченко, В. З. Лавринец, В. К. Матвейчук

Научно-практический центр профилактической и клинической медицины Государственного Управления Делами, г. Киев, Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь

Продольная резекция желудка (ПРЖ) — операция, которую выполняют по определенным показаниям в качестве самостоятельного бариатрического вмешательства или как этап билиопанкреатического шунтирования (БПШ).

Цель исследования: разработка оптимального варианта техники открытой и лапароскопической ПРЖ у больных с ожирением.

С 2010 г. в клинике ПРЖ выполнена у 12 пациентов при ожирении, из них у 4 — лапароскопическая, у 8 — открытая ПРЖ при БПШ по Hess — Marceau в модификации Ю. И. Яшкова.

Возраст больных от 36 до 54 лет, мужчин — 3, женщин — 9. ИМТ от 35 до 50 кг/м^2.

Всем пациентам проведены комплексное обследование по разработанному алгоритму и соответствующая предоперационная подготовка.

Операции выполняли под интубационным наркозом. При открытых операциях предварительно катетеризировали эпидуральное пространство. Во время операции проводили мониторинг основных показателей гемодинамики и дыхания.

При лапароскопических операциях после обработки передней брюшной стенки производили разрез выше пупка на 2 см влево от средней линии для установки видеотроакара диаметром 10 мм. После его введения создавали карбоксиперитонеум объемом 2,5 л. Второй и третий порты устанавливали по обеим среднеключичным линиям примерно на 5 см ниже реберных дуг. Через них вводили граспер для хирурга и ультразвуковые ножницы. Четвертый порт устанавливали по левой передней подмышечной линии у края реберной дуги для удержания желудка граспером ассистентом, пятый — субксифоидально влево от средней линии для печеночного ретрактора. Ультразвуковыми ножницами мобилизовали большую кривизну желудка от привратника (выше на 4—6 см) до пищевода, обнажали левую ножку диафрагмы. В желудок вводили калибровочный зонд 36 Fr. Через второй порт вводили аппарат "Эшелон—60" и дважды прошивали "зелеными" кассетами антральный отдел и тело желудка по краю внутрижелудочного зонда. До пищеводно—желудочного угла обычно дважды прошивали "золотыми" кассетами и один раз — "синей". Степлерную линию швов погружали непрерывным швом нитью "Вилок" на всем протяжении на зонде 36 Fr и сразу заменяли толстый зонд тонким — 14 Fr. Устанавливали дренаж диаметром 5 мм в левой подреберной области. Резецированный желудок извлекали через расширенный левый порт.

Продолжительность операций от 2 ч 45 мин до 4 ч.

При открытых операциях применяли верхний срединный доступ с использованием ранорасширителя Сегала с расширенными ретракторами. Для выполнения ПРЖ мобилизацию начинали по большой кривизне на расстоянии 7—8 см от привратника и заканчивали в области пищеводно—желудочного угла, как и при лапароскопической операции. Применяли ультразвуковые ножницы в режиме медленной коагуляции. Продольную резекцию мобилизованной части желудка осуществляли также по краю внутрижелудочного зонда с применением 4—5 кассет и последующим погружением линии аппаратного шва непрерывным атравматичным швом. Выполняли последующие этапы операции БПШ. Общая продолжительность операций 4 — 6 ч.

Течение послеоперационного периода у всех больных без осложнений. С 1—2—х суток им разрешали пить, с 3—4—х суток — принимать жидкую пищу. Послеоперационных осложнений не было. После открытых операций пациентов выписывали через 7—8 сут, после лапароскопических — через 3—4 сут. По данным контрольного обследования в сроки до 6 — 18 мес у всех пациентов отмечено прогрессирующее уменьшение массы тела.

Таким образом, предложенный вариант ПРЖ отличается достаточно высоким технологическим уровнем, обеспечивает надежность и безопасность лапароскопического и открытого способов операции.

ОПЫТ БАНДАЖИРОВАНИЯ ЖЕЛУДКА В ТЕЧЕНИЕ 14 ЛЕТ И НАШЕ ОТНОШЕНИЕ К ЭТОМУ МЕТОДУ

Д. Ю. Степанов, Б. Ю. Цветков

Самарская областная клиническая больница им. М. И. Калинина, РФ

С 1998 г. операция бандажирования желудка выполнена у 55 больных по поводу патологического ожирения (женщин — 41, мужчин — 14). ИМТ в среднем 36,9 кг/м^2. В первые годы освоения бариатрической хирургии преобладали операции лапароскопического бандажирования желудка, пока мы не столкнулись с первыми осложнениями, частота которых достигала 25%. Наше сдержанное отношение к этому методу обусловливала и необходимость постоянной регулировки управляемого бандажа, и неудовлетворенность некоторых пациентов динамикой уменьшения массы тела после операции.

Методом выбора проведения бандажа была методика через pars flaccida. Все операции выполнены с использованием лапароскопических технологий, интраоперационных осложнений не было. Использовали два вида бандажей — LapBand и SAGB.

При наблюдении мы выявляли практически все описанные в литературе осложнения данной методики. У 3 пациентов возник слипедж синдром, у одной из них — дважды. У всех пациентов выполнена релапароскопическая реимплантация бандажей. У 5 пациентов отмечена аррозия бандажа. у 2 из них выполнена релапароскопия, удаление бандажа с зашиванием дефекта желудка, у 2 — релапароскопия, одномоментное удаление бандажа с шунтированием желудка. У одной пациентки выполнены лапаротомия, удаление бандажа, билиопанкреатическое шунтирование в модификации Duodenal Switch. Инфицирование подкожного порта без аррозии стенки желудка возникло у 3 пациентов. У всех предприняты попытки местного лечения, затем реимплантация, но без эффекта. Порты удалены и бандажи переведены в неуправляемые. У 2 пациенток с хорошим эффектом уменьшения массы тела после операции из—за выраженного косметического дефекта удалены подкожные порты. У 8 больных отмечено расширение пищевода в разные сроки после операции. У большинства из них осложнение устранено с помощью консервативных средств. Однако у 3 больных при попытке

регулировать бандаж повторно возникало расширение пищевода. Пациенты от предложенных хирургических вмешательств отказались и продолжают жить с распущенной манжетой. В одном наблюдении выполнена рукавная гастропластика.

Таким образом, послеоперационные осложнения возникли у 19 (34,5%) больных. Оценивая результаты работы, мы пришли к следующим выводам. С одной стороны, несмотря на кажущуюся значительную частоту послеоперационных осложнений, все пациенты живы, все возникшие проблемы удалось устранить без осложнений. С другой стороны, по сравнению с другими методами хирургической коррекции массы тела эти операции оказались наиболее трудозатратными, что обусловило уменьшение частоты их выполнения. В настоящее время выполняем эти операции пациентам молодого возраста при ИМТ от 35 до 40 кг/м^2 или таким, которые настаивают на применении именно такого вмешательства.

ПРАКТИКА БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КЛИНИКЕ

В. М. Счастный, И. Н. Игнатов

Клиника "Медиком", г. Киев

Затраты на лечение ожирения, по данным ВОЗ, в 2011 г. составили 170 млрд. евро и занимают третье место после затрат на лечение табакокурения и сахарного диабета (СД), опередив кардиоваскулярные заболевания и синдром хронической боли. В мире у 1 млрд. людей выявляют избыточную массу тела, из них у 300 млн. — ожирение. Статистических данных о частоте ожирения и морбидного ожирения в Украине нет. В России почти у 55% взрослых женщин определяют избыточную массу тела, из них у 30% — ожирение; у 33% пациенток до 60 лет выявляют нарушения углеводного обмена, артериальную гипертензию (АГ) и другие соматические заболевания.

Среди распространенных мифов о причинах ожирения одним из основных является миф о нарушении обмена веществ, вследствие эндокринной предрасположенности. При этом по данным ВОЗ, лишь у 5% пациентов ожирение — это сочетание моногенной эндокринопатии и ожирения. К ним относятся:

— остеодистрофия Олбрайта, синдромы Прадера — Вилли, Дауна, Кохена, Лоуренса — Муна — Барде — Бидля и др.;

— моногенные формы ожирения (обусловлены нарушениями лептин—меланокортинового пути регуляции массы тела).

В 95% наблюдений ожирение — конституционально—алиментарное, приобретенное, обусловлено метаболическим дисбалансом. В этой когорте 96% пациентов с ожирением — социально активны, редко обращаются за медицинской помощью.

МЗ Украины со временем, возможно, изменит стандарты оказания помощи больным с ожирением, морбидным и сверхожирением, отдав должное бариатрическим методам, а до того времени существует потребность в стандартизации подходов, разработке единых критериев выбора оперативных методов коррекции, критериев сертификации клиник, в которых могут выполнять бариатрические вмешательства.

Накопленный с 2004 г. в клинике "Медиком" опыт работы с пациентами с разными формами ожирения позволил создать единую концепцию, которая отражает индивидуальный подход к пациенту и обеспечивает преемственную командную тактику.

Стадийность междисциплинарного подхода в лечении пациентов с ожирением.

1. Предварительная оценка характера пищевого поведения, стиля жизни и объема физической нагрузки, тренированности и выносливости. Исполнители: терапевт, гастроэнтеролог—диетолог, врач функциональной диагностики.

2. Определение необходимого (патогенетически обоснованного) минимума клинико—лабораторной диагностики на предварительном этапе и во время этапных скринингов. Исполнители: терапевт, эндокринолог, бариатрический хирург, андролог, гинеколог—эндокринолог.

3. Методология оценки прогнозирования уменьшения избытка массы тела в зависимости от пищевого поведения и физической активности. Подбор диетотерапии, назначение режима двигательной активности: стрессовой физической нагрузки и малой длительной физической нагрузки. Выбор рациональной медикаментозной терапии.

Программа предварительной коррекции рассчитывается на 12 нед с этапным скринингом клинико—лабораторных показателей через каждые 4 нед.

4. Оценка результатов первичной коррекции пищевого поведения и физической активности (изменение стиля жизни и качества жизни), учет результатов BIB—теста, курсовой медикаментозной терапии, планирование последующих бариатрических вмешательств с оценкой риска анестезии. Исполнители: бариатрический хирург, анестезиолог—реаниматолог, терапевт, эндокринолог, диетолог.

5. Рациональная тактика ведения пациентов после бариатрических вмешательств с коррекцией пищевой и двигательной нагрузки, коррекция курсовой медикаментозной терапии. Исполнители: терапевт, гастроэнтеролог—диетолог, эндокринолог, кинезиотерапевт.

6. Оценка качества жизни пациентов после бариатрических вмешательств, этапный медицинский скрининг (время выполнения — один раз в 6 мес).

Для реализации этих принципов необходимы соответствующие условия:

— техническая оснащенность;

— подготовленный персонал, способный не только выполнять оперативные пособия, но и устранять возможные осложнения;

— постоянная связь с ведущим научным учреждением для обеспечения методологической поддержки;

— взвешенная маркетинговая политика.

Реализуя эти принципы, в клинике с 2004 по 2011 г. обследованы с применением различных программ более 200 пациентов, из них у 69 — выполнена оперативная коррекция.

В 7 наблюдениях исходная мотивация к установке регулированного бандажа желудка изменена на выполнение мальабсорбирующих операций с благоприятным эффектом в сроки наблюдения до 4 лет.

В 104 наблюдениях пациенты довольны результатом модификации пищевого поведения, стиля жизни и медикаментозной терапии после введения интрагастрального баллона. Оперативную коррекцию в этой группе не проводили.

Для реализации поставленных задач в клинике осуществлена модернизация основных средств: общемедицинский инвентарь для пациентов массой тела до 300 кг; КТ, trade mil — до 200 кг; хирургический стол до 350 кг; наркозная станция низкопотоковой высокообъемной вентиляции; эндоскопическое оборудование удлиненных

размеров и многое другое. Врачебная бригада прошла многочисленные тренинги и сертификацию в ведущих профильных учреждениях стран СНГ и Европы.

Выводы

1. Бариатрическая хирургия — высоко затратное направление лечения ожирения. Затраты на оперативное лечение в ретроспективе 10 лет значительно перекрываются расходами на медикаментозную терапию и терапию осложнений СД и АГ в группе неоперированных пациентов.

2. Более гибкая система финансирования в частных клиниках дает возможность оперативно реагировать на изменения конъюнктуры рынка медицинских услуг.

3. Возможность выполнения бариатрических вмешательств должна зависеть не только от желания врача и оснащенности клиники, но и от объема выполненных в клинике общехирургических вмешательств с применением лапароскопической или открытой техники.

4. Соблюдение стадийности программы уменьшения массы тела дает возможность достижения гарантированного, стойкого результата и последующей оперативной коррекции фигуры.

ВПЛИВ ВИДАЛЕННЯ ПІДШКІРНОГО ЖИРУ НА МЕТАБОЛІЗМ ВУГЛЕВОДІВ

В. В. Теплий

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ

Значна втрата маси тіла сприяє зменшенню практично всіх проявів метаболічного синдрому, зокрема, порушень вуглеводного обміну. Це зумовлює поліпшення якості життя пацієнтів. Ліпосакція — одна з найбільш поширених естетичних процедур — дозволяє суттєво зменшити кількість підшкірного жиру, змінює співвідношення об'єму підшкірного та вісцерального жиру. Логічним було б очікувати, що вона вплине не тільки на жировий, а й вуглеводний обмін.

Мета дослідження: оцінити вплив видалення підшкірного жиру під час хірургічної корекції косметичних дефектів тулуба на вуглеводний обмін.

У дослідження включені 55 пацієнтів. В усіх видалений підшкірний жир з тулуба шляхом ліпосакції об'ємом 500—7300 мл (Me=2700 мл, Q1=1930 мл, Q3=4400 мл). Додатково у 41 пацієнта під час абдомінопластики виконана дермоліпектомія об'ємом 300—7000 мл (Me=1800 мл, Q1=1300 мл, Q3=3300 мл). За величиною індексу маси тіла (ІМТ) до операції хворі розподілені на дві підгрупи: у 42 з них ІМТ дорівнював або перевищував 25 кг/м^2, у 13 — був меншим. Вік пацієнтів від 20 до 72 років. З метою вивчення вуглеводного обміну до операції через 7 діб, 1, 6 і 12 міс після неї досліджували вміст глюкози та інсуліну ("сендвіч тест") у сироватці крові. Чутливість до інсуліну вивчали за допомогою розрахункової математичної моделі гомеостазу HOMA—IR.

Досить високий індекс HOMA—IR до операції — 7,25 ± 0,422, тобто більше 3,2 у пацієнтів за підвищеного ІМТ, свідчить про наявність інсулінорезистентності. Вміст інсуліну, глюкози в сироватці крові та індекс HOMA—IR помірно позитивно корелювали з рівнем лептину (відповідно R=0,37, P=0,015; R=0,36, P=0,018; R=0,47, P=0,002).

В ранньому післяопераційному періоді спостерігали зниження середнього рівня глюкози натще: перед операцією — (5,35 ± 0,159) ммоль/л, на 7—му добу — (4,76 ± 0,132) ммоль/л, через 1 міс — (4,76 ± 0,13) ммоль/л, через 6 міс — (5,00 ± 0,115) ммоль/л, через 12 міс — (4,99 ± 0,119) ммоль/л (P < 0,001); інсуліну: перед операцією — (29,98 ± 1,078) мкМО/мл, на 7—му добу — (19,79 ± 1,127) мкМО/мл, через 1 міс — (16,31 ± 1,049) мкМО/мл, через 6 міс — (17,63 ± 0,957) мкМО/мл, через 12 міс — (18,46 ± 0,879) мкМО/мл (P < 0,001) та індексу HOMA—IR: перед операцією — 7,25 ± 0,422, на 7—му добу — 4,22 ± 0,306, через 1 міс — 3,48 ± 0,291, через 6 міс — 3,96 ± 0,283, через 12 міс — 4,19 ± 0,281 (P < 0,001). Найнижчими ці показники були через 1 міс після операції. Індекс HOMA—IR протягом всього року був на верхній межі норми.

Раніше проведені дослідження впливу ліпектомії на жировий метаболізм показали, що зниження інсулінорезистентності співпадало з покращенням ліпідограми та зменшенням концентрації лептину в сироватці крові. Цей показник слабо корелював з змінами індексу HOMA—IR, тобто, інсулінорезистентністю (r=0,38, P=0,012) через 1 міс після хірургічного втручання.

У пацієнтів за нормального ІМТ до операції суттєві зміни вуглеводного обміну після ліпектомії не спостерігали.

Механізм підвищення чутливості тканин до інсуліну, тобто, зменшення інсулінорезистентності, можна представити так. Зниження лептинорезистентності і, відповідно, гіперлептинемії зумовлює пригнічення ліполізу, що покращує зв'язування інсуліну гепатоцитами та зменшує інсулінорезистентність на рівні печінки. Наслідком цього є зменшення гіперінсулінемії завдяки зменшенню надходження інсуліну в загальний кровообіг. Послаблюється стимуляція симпатичної частини вегетативної нервової системи та лептинорезистентність на рівні β—клітин. Внаслідок покращення регуляції адипоінсулярної осі гальмується синтез інсуліну β—клітинами підшлункової залози. Зменшується гальмівний вплив лептину на стимульований інсуліном транспорт глюкози. За меншого об'єму жирових відкладень виділяється менше прозапальних цитокінів (фактор некрозу пухлин—α, інтерлейкіни—1 та —6). Разом з наведеними чинниками це сприяє зменшенню периферійної інсулінорезистентності.

Таким чином, хірургічне видалення підшкірного жиру з тулуба під час косметичних операцій у пацієнтів за надмірної маси тіла, крім естетичного ефекту, дає додаткові метаболічні переваги, зокрема, покращення вуглеводного обміну.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА МОРБІДНЕ ОЖИРІННЯ

О. С. Тивончук

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

За визначенням ВООЗ, якість життя — це усвідомлення індивідуумом свого положення в житті з огляду на культурні особливості і системи цінностей середовища, в якому він живе, відповідно до його життєвих цілей, очікувань, критеріїв та інтересів. Метою баріатричної хірургії є не тільки адекватне зменшення маси тіла (МТ) та усунення певних супутніх захворювань, пов'язаних з ожирінням, а й більш масштабна мета — покращення якості життя пацієнтів. Сучасний етап розвитку хірургії характеризується підвищенням вимог індивідуума до стану свого здоров'я. Для лікаря важливо не тільки як довго житиме хворий після застосування методу лікування, а якою буде якість життя з точки зору пацієнта. Стандартна уніфікована система оцінки якості життя і опитувальник за Moorehead — Ardelt II застосовують з 2003 р.

В основу роботи покладені результати обстеження 87 хворих на морбідне ожиріння. Хворі були розподілені на дві групи: 45 — здійснене бандажування шлунка (БШ) через pars flaccida з застосуванням мініінвазивного доступу, 42 — шунтування шлунка (ШШ) за Fobi — Capella. При порівнянні демографічних даних не виявлені достовірні розбіжності, що підтвердило однорідність груп. Шляхом аналізу анкет за методом Moorehead — Ardelt II оцінювали якість життя до операції та у строки від 12 до 48 міс після неї.

З метою більш повного вивчення особливостей харчового стереотипу у хворих та схильності до синдрому ласуна застосовували модифіковану анкету—опитувальник Вікторіанської антиракової ради. В анкеті визначали частоту вживання та кількість 10 різних груп продуктів з високим вмістом простих вуглеводів. На основі цього визначали індекс ласуна (ІЛ) в балах (від 10 до 100). При ІЛ 46 балів і більше діагностували синдром ласуна.

Отже, анкети були подвійними й передбачали на першому аркуші — запитання для оцінки ЯЖ, на другому — для визначення ІЛ. Анкету хворі заповнювали особисто у відділенні після детального пояснення лікаря, всі анкети виявились правильно заповненими.

До операції отримані 87 подвійних анкет. Після операції через 12 міс — 45 анкет після БШ, 42 — після ШШ; через 24 міс — відповідно 41 і 38 (90,8)%; через 36 міс — 26 і 28 (62,1%); через 48 міс — 18 і 14 (36,8%).

Через 12 міс середня втрата надмірної МТ після ШШ була в 1,2 разу більша, ніж після БШ, через 48 міс — в 1,4 разу. Максимальної втрати МТ досягнуто через 24 — 36 міс після операції, після чого відбувалась стабілізація МТ.

Поряд з зменшенням МТ спостерігали покращення індексу якості життя (ІЯЖ). Особливо це помітно після найбільш інтенсивної втрати МТ наприкінці першого року після операції. В подальшому ІЯЖ був високим у порівнянні з доопераційним в обох групах. Через 36 міс після БШ спостерігали більш вагоме зниження ІЯЖ, ніж після ШШ, хоча після 48 міс ця різниця була недостовірною. Однією з причин зниження ІЯЖ у віддалені строки після БШ є збільшення МТ, при цьому відсоток втрати надмірної МТ в 1,4 разу менший, ніж після ШШ.

При визначенні ІЛ встановлено, що до операції не було значних розбіжностей в групах. ІЛ до БШ становив 46,2 ± 15,5, до ШШ — 43,5 ± 12,1. Таку саму тенденцію спостерігали у віддаленні строки після операції. Проте, через 36 та 48 міс після БШ, коли спостерігали помітне погіршення зменшення втрати МТ, відповідно, відбувалось збільшення ІЛ. Після ШШ відсоток втрати надмірної МТ не змінювався і був більш суттєвим, ніж після БШ. Таким чином, метод ШШ має більш досконалий механізм не тільки адекватного зменшення МТ, а й стабільного тривалого підтримання МТ, менш залежного від характеру й особливостей харчування. Після ШШ у пацієнтів менша необхідність значних змін харчового стереотипу, ніж після БШ. ІЛ і ІЯЖ — абсолютно суб'єктивні показники, до яких складно застосувати методи статистичного аналізу. Особливо це помітно при розгляді цих показників через 36 міс після операцій. За практично однакових величин ІЛ значно різнилися показники відсотку втрати МТ та ІЯЖ на користь групи ШШ. Очевидно, відсутність адекватної адаптації до значних змін харчового стереотипу у хворих після БШ є основною причиною погіршення якості життя та збільшення МТ у віддаленні строки після операції.

Втрата надмірної МТ у хворих на морбідне ожиріння є ключовим, але не єдиним чинником, що зумовлює покращення якості життя. На відміну від БШ, ШШ забезпечує більш досконалий механізм втрати надмірної МТ, що допускає більш м'які зміни харчового стереотипу і менше залежить від дотримання суворової дієти з низьким вмістом висококалорійних продуктів та простих вуглеводів.

ВПЛИВ ОКРЕМИХ ТЕХНІЧНИХ ЕЛЕМЕНТІВ ОПЕРАЦІЇ ШУНТУВАННЯ ШЛУНКА НА РЕЗУЛЬТАТ

О. С. Тивончук, А. С. Лаврик

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

У теперішній час шунтування шлунка (ШШ) є найбільш поширеною баріатричною операцією у Північній Америці і однією з найбільш популярних — в Європі, Південній Америці та Австралії. Разом з тим, техніка її виконання іноді суттєво різниться, на жаль, не існує єдиної стандартизованої техніки, яку б пропонували для виконання у більшості хворих на морбідне ожиріння (МО).

Узагальнені результати хірургічного лікування 69 хворих на морбідне ожиріння, яким виконано операцію Roux—en—Y—ШШ в період з 2002 по 2011 р. у відділі хірургії стравоходу та реконструктивної хірургії. Жінок було 47, чоловіків — 22, вік хворих від 18 до 53 років, у середньому (38,4 ± 8,9) року, маса тіла від 105 до 247 кг, у середньому (148,8 ± 33,1) кг, індекс маси тіла (ІМТ) від 39 до 78 кг/м^2, у середньому (50,5 ± 9,2) кг/м^2. У 55% хворих ІМТ становив від 45 до 55 кг/м^2, у 22% — перевищував 55 кг/м^2, тобто, діагностували суперожиріння.

Застосовували такі способи ШШ за Ру: дистальне за Torres—Oca — у 5 хворих, проксимальне за Fobi — у 8, проксимальне за Capella — у 12, проксимальне модифіковане (за Fobi — Capella) — у 38, реконструктивне — у 6. Тривалість спостереження від 1 року до 7 років. У строки 5 років і більше обстежені 103 (60,9%) пацієнта, у 94

(91,3%) з них втрата надмірної маси тіла становила 50% і більше. У строки спостереження 30 діб після операції всі пацієнти живі.

Найбільш значне зменшення маси тіла відбулося через 24 — 36 міс. У 92% пацієнтів через 5 років після ШШ з бандажуванням проксимальної кукси та довжиною Ру—петлі 100—150 см спостерігали втрату надмірної маси тіла 64,1%. При застосуванні способу ШШ без бандажа за довжини Ру—петлі менше 80 см — в 1,2 разу.

Ранні післяопераційні ускладнення виникли у 8,7% пацієнтів, більшість з них віднесені до "малих" за клінічною значущістю, за винятком одного хворого, у якого здійснено релапаротомію з приводу гострої післяопераційної шлунково—кишкової кровотечі. Серома рани виявлена у 5,8% хворих, функціональний гастростаз — в 1,5%. Майже всі віддалені ускладнення (у 6,9% хворих) після ШШ можна віднести до "малих": рубцева грижа — у 4,3%, пептична виразка анастомозу — в 1,5%, збільшення маси тіла — у 2,9%, більше ніж через 5 років після операції.

Після ШШ спостерігали покращення вуглеводного обміну у хворих на МО: через 18 міс частота порушень, характерних для цукрового діабету II типу, була у 5,8 разу менша, ніж до операції. Нормальну толерантність до глюкози спостерігали в 2,7 разу частіше, ніж до операції, порушення глікемії натще в 2,2 разу рідше.

Через 16 міс нормалізувався рівень тригліцеридів, знизились рівень ХС ЛПНЩ та коефіцієнт атерогенності (проте, не нормалізувався). Середній рівень загального ХС, загальних ліпідів та ХС ЛПДНЩ були в межах нормальних значень, незважаючи на відхилення у деяких хворих.

ШШ сприяло нормалізації артеріального тиску у 88,9%, його зниженню за артеріальної гіпертензії — в 11,1% хворих. В усіх хворих за наявності синдрому сонного апное через 18 — 24 міс після операції він зник. Операція ШШ не спричиняла суттєвих порушень білково—електролітного обміну, за винятком 3 (4,3%) хворих після дистального ШШ, у яких спостерігали нестійку гіпокальціємію, усунута шляхом призначення препаратів кальцію.

Отже, ШШ — високоефективна й безпечна баріатрична операція, що забезпечує зменшення надмірної маси тіла на 64,1% через 5 років у 95% хворих і суттєву корекцію супутніх метаболічних розладів. Застосування способу ШШ без бандажа за довжини Ру—петлі менше 80 см забезпечує зменшення надмірної маси тіла в 1,2 разу, за практично однакової частоти післяопераційних ускладнень. Після ШШ зникли порушення вуглеводного обміну у 73,7% пацієнтів, ліпідного профілю — у 53,7%. Операція ШШ не спричиняє суттєвих розладів білкового та електролітного обміну, морфофункціонального стану печінки і слизової оболонки шлунка у віддаленому післяопераційному періоді.

БІЛІОПАНКРЕАТИЧНЕ ШУНТУВАННЯ З ВИМКНЕННЯМ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА МОРБІДНЕ ОЖИРІННЯ

І. М. Тодуров, Л. С. Білянський, О. В. Перехрестенко, Н. Г. Давиденко, О. О. Калашніков, С. В. Косюхно, В. В. Кучерук, О. В. Винниченко

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

За експертною оцінкою ВООЗ, ожиріння, яке виявляють майже у 400 млн. людей у світі, визнане найбільшою сучасною глобальною загрозою здоров'ю та життю людства. З широкого спектру баріатричних втручань однією з найбільш ефективних, проте, недостатньо вивчених є операція біліопанкреатичного шунтування з вимкненням дванадцятипалої кишки за методикою D. Hess — P. Marceau (БПШ з ВДПК).

Мета роботи: покращення результатів хірургічного лікування хворих на морбідне ожиріння.

В дослідження включені 15 хворих на морбідне ожиріння, в тому числі 9 чоловіків та 6 жінок, віком від 29 до 61 року, у середньому (42,6 ± 7,7) року, яким за період з 2009 по 2011 р. виконане БПШ з ВДПК за D. Hess — P. Marceau.

Заплановані фіксовані строки оцінки результатів оперативних втручань — 6 міс. Перед операцією всім пацієнтам проводили комплекс обстеження, спрямований на виявлення супутніх захворювань та порушень, характерних для метаболічного синдрому, визначали масу тіла (МТ), індекс маси тіла (ІМТ), надмірну масу тіла (НМТ). Ризик оперативних втручань оцінювали за шкалою P—POSSUM, тяжкість супутніх захворювань — за шкалою AORC (Ali—Wolfe, 2006) та об'єктивними даними клініко—лабораторних та інструментальних досліджень. Після операції визначали динаміку МТ та пов'язані з нею показники, тяжкість супутніх захворювань, частоту ускладнень.

МТ пацієнтів до операції від 120 до 205 кг, у середньому (160,5 ± 22,8) кг. ІМТ від 41,4 до 75,4 кг/м^2, у середньому (53,7 ± 8,9) кг/м^2. У 8 (53,3%) хворих діагностоване морбідне суперожиріння (ІМТ понад 50 кг/м^2). У пацієнтів, включених у дослідження, НМТ від 60 до 141 кг, у середньому — (93,5 ± 21,8) кг.

Перед операцією в усіх пацієнтів діагностовані супутні захворювання та клінічно значущі метаболічні розлади. Найбільш частими з них були: артеріальна гіпертензія — в усіх хворих, дисліпідемія — в усіх, цукровий діабет (ЦД) II типу — у 4 (26,6%), гастроезофагеальна рефлюксна хвороба — в 11 (73,3%), порушення толерантності до глюкози — у 4 (26,6%), синдром Піквіка — у 3 (20%).

Діагноз метаболічного синдрому встановлений у 8 (53,3%) хворих. У 7 (46,7%) хворих результати глюкозотолерантного тесту були в межах норми. Порушення глікемії натще не виявлене. На момент госпіталізації 2 хворих на цукровий діабет застосовували пероральні гіпоглікемічні препарати, 2 — проводили інсулінотерапію. В усіх хворих з порушенням вуглеводного обміну виявлено гіперінсулінемію.

Прогнозована частота післяопераційних ускладнень та госпітальної летальності за шкалою P—POSSUM становила відповідно (35,6 ± 15,5) та (2,6 ± 4,4)%. Ранні післяопераційні ускладнення виникли у 4 (26,7%) хворих (у 2 — серома операційної рани, в 1 хворої — кровотеча з дренажу, в 1 — шлункова кровотеча з лінії степлерного шва). Шлункова кровотеча припинена за допомогою консервативних засобів без проведення трансфузійної терапії. Жодне ускладнення не потребувало збільшення тривалості чи повторної госпіталізації хворих та не віднесене до "великих". Тривалість лікування хворих у стаціонарі після операції у середньому (9,3 ± 1,6) доби. Всі пацієнти живі.

Передопераційна бальна оцінка вираженості супутніх захворювань за шкалою AORC Ali—Wolfe: цукровий діабет — 2,4 ± 1,4; дисліпідемія — 3,1 ± 0,9; артеріальна гіпертензія — 3,2 ± 0,7; гастроезофагеальна рефлюксна хвороба — 2,0 ± 0,5.

Через 6 міс після операції відзначена втрата НМТ на (57 ± 9,6)%, зменшення ІМТ — на (17,9 ± 4,8) кг/м^2.

Протягом періоду спостереження відзначене суттєве зменшення тяжкості супутніх захворювань, яка, через 6 міс після операції становила: цукровий діабет — 1,1 ± 0,9; дисліпідемія — 2,8 ± 1,2; артеріальна гіпертензія — 1,9 ± 0,8; гастроезофагеальна рефлюксна хвороба — 0,63 ± 0,6. Різниця показників у порівнянні з передопераційними достовірна (P < 0,05), крім дисліпідемії. У хворих на цукровий діабет рівень глікемії натще до операції — (11,1 ± 0,9) ммоль/л, рівень глікозильованого гемоглобіну — (8,1 ± 0,4)%; через 6 міс після операції — відповідно (5,9 ± 0,9) ммоль/л та (5,1 ± 0,2)% без застосування інсуліну чи пероральних гіпоглікемічних препаратів.

У 3 хворих з діагностованим до операції синдромом Піквіка через 6 міс після операції клінічних проявів синдрому не спостерігали. Синдром здуття живота (gas — bloat syndrome) виник в 1 (6,6%) пацієнта.

Отже, морбідне ожиріння — це хронічне захворювання, асоційоване з високою частотою супутніх захворювань та специфічних метаболічних порушень, корекція яких є одним з ключових завдань баріатричної хірургії. БПШ з ВДПК є високоефективним хірургічним втручанням щодо корекції порушень обміну речовин та супутніх захворювань у пацієнтів при морбідному ожирінні.

ПЕРВЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ОТЧЕТ РЕЕСТРА БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ: ОПЫТ ВЕЛИКОБРИТАНИИ И ИРЛАНДИИ

П. Уолтон, А. Бровко

Клинические Системы Дендрайт, Лондон, Великобритания

Частота бариатрических операций в Великобритании увеличилась с 1000 — в 2000 г. до почти 10 000 — в 2010 г. Безопасность и эффективность бариатрической хирургии, а также ее место в Национальной службе здравоохранения, многие годы были предметом дискуссии в обществе и правительстве. Аргументы в основном базировались на личном опыте, краткосрочных исследованиях и экстраполяциях. Необходимым был всеобъемлющий реестр для записи, хранения и анализа информации о результатах лечения большого числа пациентов, в том числе мониторинга средне— и долгосрочных результатов.

Национальный интернет—реестр бариатрической хирургии Великобритании

Британское общество хирургии ожирения и метаболических расстройств, Ассоциация хирургов верхних отделов пищеварительного канала и Ассоциация лапароскопических хирургов Великобритании и Ирландии в сотрудничестве с компанией Клинические Системы Дендрайт, специализирующейся в области клинических баз данных и аналитических реестров, в январе 2009 г. создали Национальный интернет—реестр бариатрической хирургии (НИРБХ). Создание НИРБХ включало консультации с профессиональным сообществом для определения оптимального набора данных. Решено, что реестр будет охватывать наиболее часто выполняемые бариатрические операции — шунтирование, бандажирование и рукавную резекцию желудка. Вначале было опасение, что хирурги будут неохотно помещать в реестр информацию, которая потенциально может быть использована для клинического аудита. Однако эти опасения не оправдались, в реестре аккумулированы более 14 000 клинических записей менее чем за 2 года, то есть около 80% всей практики бариатрической хирургии Великобритании.

Первый национальный отчет реестра бариатрической хирургии

В феврале 2011 г. на основе анализа данных НИРБХ опубликован подробный проспективный национальный отчет о результатах бариатрических операций в Великобритании и Ирландии. В отчете проанализированы данные:

— представленные 84 хирургами из 86 больниц о 8710 операциях (7045 операций в 2009—2010 финансовом году)

— о 3817 операциях шунтирования желудка, 2132 операциях бандажирования желудка и 588 операциях рукавной резекции желудка.

Опубликованные результаты: сопутствующие заболевания

В момент выполнения первичных операций:

у 24,9% пациентов выявлено несколько сопутствующих заболеваний

у 27,5% пациентов диагностирован сахарный диабет II типа

у 16,5% пациентов проведено лечение по поводу синдрома сонного апноэ

у 69% пациентов отмечены функциональные нарушения, в частности, они не могли подняться на 3 лестничных пролета без отдыха

Через 1 год после операции:

— В среднем у пациентов на 57,8% уменьшилась избыточная масса тела (на 43,2% — после бандажирования желудка, на 67,8% — после шунтирования желудка и на 54% — после рукавной резекции желудка).

— Состояние почти 50% пациентов, у которых выявляли функциональные нарушения, значительно улучшилось, они могли подняться на 3 лестничных пролета без отдыха.

— У 60,2% пациентов устранен синдром сонного апноэ.

Через 2 года после операции:

— у 85,5% пациентов устранены признаки сахарного диабета II типа, они не применяли антидиабетические препараты.

Опубликованные данные: результаты оперативного вмешательства у пациентов группы высокого риска со сложными сопутствующими заболеваниями, которым произведены технически непростые вмешательства, частота осложнений в целом оказалась очень низкой, все пациенты живы.

Смертность в стационаре после первичной операции в целом составила 0,1% (0,2% — при шунтировании желудка), что намного меньше, чем после многих других плановых операций.

Общая частота осложнений при первичных операциях составила 2,6%.

Эти показатели сравнимы с наиболее успешными международными результатами.

Таким образом, бариатрические операции в Великобритании и Ирландии, выполняемые хирургами, представившими свои результаты в НИРБХ, безопасны.

Опубликованные данные: эффективность бариатрической хирургии

Результаты свидетельствуют об эффективном использовании ресурсов: 80% пациентов выписаны до или на 3—и сутки после операции.

Выводы

1. НИРБХ позволил собрать и проанализировать данные для публикации подробного проспективного национального отчета о результатах бариатрических операций в Великобритании и Ирландии.

2. Это первый уникальный отчет в данной специальности. Он продемонстрировал, что бариатрическая хирургия существенно и безопасно улучшает здоровье пациентов с ожирением — значительно более эффективно, чем многие другие методы лечения.

3. Появилась возможность использовать опыт НИРБХ для создания национальных/региональных реестров в других странах, в том числе в Украине, России, других странах СНГ. Это позволит продемонстрировать преимущества бариатрической хирургии и качество операций, выполняемых специалистами в этих странах.

МОРФОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПАТОГЕНЕЗУ ГРИЖОУТВОРЕННЯ У ХВОРИХ НА МОРБІДНЕ ОЖИРІННЯ

О. Ю. Усенко, І. В. Гомоляко, Б. М. Кондратенко, М. В. Манойло

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

Рубцеві (післяопераційні) грижі, за даними літератури, спостерігають у 8,8—14% хворих після хірургічних втручань на органах черевної порожнини, а за надмірної маси тіла та ожиріння ризик грижоутворення після первинної лапаротомії збільшується до 20—25%, незважаючи на широке впровадження сучасних методів герніопластики без натягу тканин, високою є частота рецидивів після герніопластики — майже 50%.

Досліджені 30 фрагментів апоневрозу білої лінії живота, матеріал забирали під час виконання планових баріатричних операцій з приводу морбідного ожиріння на відстані 10 см від краю грудинни. В групу порівняння включені 5 фрагментів апоневрозу, взятих у хворих, оперованих з приводу інших захворювань. Фрагменти апоневрозу фіксували у 10% розчині нейтрального формаліну, обробляли за загальноприйнятою гістологічною методикою, парафінові зрізи фарбували гематоксиліном та еозином, азур II—еозином, за ван—Гізон, ставили ШЙК—реакцію.

Під час проведення морфологічних досліджень аналізували дані хворих 3 груп: група А — хворі на морбідне ожиріння з ІМТ до 50 кг/м^2; група В — хворі на морбідне ожиріння з ІМТ понад 50 кг/м^2, група порівняння — хворі з ІМТ до 25 кг/м^2.

Структура апоневрозу у хворих групи А помітно відрізнялась від такої в групі порівняння. Виявлено нерівномірність будови, зменшення щільності колагенових волокон, що послаблювало міцність апоневрозу. Спостерігали ознаки хронічної ішемії тканини з відповідною перебудовою мережі судин апоневрозу, що супроводжувались склерозом та гіалінозом стінок судин. Відзначали також суттєве збільшення кількості жирової тканини, яка не тільки містилася по периферії колагенових структур апоневрозу, а й формувала значні за об'ємом прошарки між колагеновими волокнами. Незважаючи на значні відмінності структури апоневрозу у хворих без ожиріння та у хворих групи А, виявлені зміни були дифузно—осередкові, і справляли помірний вплив на міцність апоневрозу. Вірогідно, виявлені відмінності є ознаками хронічної часткової ішемії тканини апоневрозу, зумовленої загальною (хронічними дегенеративно—запальними змінами в легенях, серцевою недостатністю) і місцевою (тиском на апоневроз) гіпоксією тканини та метаболічним синдромом з певним рівнем інтоксикації.

В групі В зміни структури апоневрозу більш виражені. Неоднорідність будови апоневрозу проявлялась формуванням типових пластинчастих структур, наявністю фрагментованих розщеплених пучків колагенових волокон. Ділянки і розміри пластинчастих утворень зменшені. Жирова тканина проростала, інфільтрувала колагенові структури, що також зумовлювало їх фрагментування та порушення цілісності. В окремих значних за розмірами ділянках структура апоневрозу нагадувала неструктуровану фіброзну тканину зрілого рубця з великою кількістю судин. На відміну від попередньої групи, більш поширені великі склерозовані та гіалінізовані судини.

Поряд з характерними для цієї групи склерозованими і гіалінізованими судинами, спостерігали судини невеликого діаметра з гіперплазією м'язової оболонки, що є ознакою перебудови судинного русла в умовах гіпоксії, а також окремі судини з ознаками васкуліту у вигляді збудження ендотелію, крайового стояння лейкоцитів, мікротромбоутворення та слабкої периваскулярної інфільтрації. Наявність ознак активного запального процесу свідчить про прогресування змін судин, що відбуваються в структурі апоневрозу в умовах морбідного ожиріння і, відповідно, активність процесів трансформації тканин апоневрозу. Таку надзвичайно виражену трансформацію тканин апоневрозу спостерігали майже в усіх дослідженнях, що дозволяє вважати її типовим і найбільш значущим елементом патогенезу грижі у хворих на морбідне ожиріння. Ця трансформація полягає в появі в структурі апоневрозу досить значних ділянок пухкої волокнистої сполучної тканини, що мають вигляд мезенхіми. Ці ділянки представлені невеликою кількістю волокон, в чарунках яких розташовані основна речовина та невелика кількість типових для мезенхіми зірчастих та витягнутих клітин. Маса мезенхіми пронизана капілярами. Таким чином, виявлені ділянки за своєю загальною будовою та клітинним складом відповідають структурі активної мезенхіми з осередками менш або більш вираженого міксоматозу.

Наведені відмінності, що сформувались в умовах ішемії, заміщення колагенових структур апоневрозу звичайною рубцевою тканиною та пухкою сполучною тканиною створюють передумови для послаблення апоневрозу та утворення грижі, а ожиріння слід вважати провідною ланкою патогенезу рубцевої грижі у таких хворих.

ПРОФИЛАКТИКА ОБРАЗОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖИ У БОЛЬНЫХ ПРИ МОРБИДНОМ ОЖИРЕНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛЕГКИХ СЕТОК

А. Ю. Усенко, Н. В. Манойло, Б. Н. Кондратенко, О. А. Доскуч, А. С. Лаврик

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев

По данным статистики, грыжи брюшной стенки возникают у 5—14% больных после выполнения лапаротомии. После пластики брюшной стенки по поводу срединной грыжи рецидивы в сроки до 10 лет возникают соответственно в 63 и 32% наблюдений — при шовных и с применением сеток методиках. Частота выполнения бариатрических вмешательств с каждым годом увеличивается во всем мире. Срединная лапаротомия — наиболее часто используемый доступ (удобный для интраабдоминального вмешательства, быстрый, с минимальной кровопотерей из—за отсутствия васкуляризации белой линии живота). У пациентов при морбидном ожирении в сочетании с хроническими дыхательными, сердечно—сосудистыми заболеваниями, метаболическими нарушениями риск образования послеоперационной грыжи значительно повышается. Основную роль в этом процессе играют нарушения метаболизма коллагена.

Факторами риска возникновения грыжи, зависящими от действий хирурга, являются несовершенство хирургической техники, дефекты при сшивании отдельных слоев передней брюшной стенки: использование быстро рассасывающегося шовного материала, наложение на апоневроз редких швов с допущением интерпозиции предбрюшинного жира, нерациональное дренирование. Нельзя не учитывать образование гематом и сером в ране, тканевую реакцию на шовный материал.

Послеоперационная грыжа значительно ухудшает качество жизни пациента, иногда причиняя большие страдания, чем заболевание, по поводу которого его оперировали.

Цель исследования — попытка показать, что профилактическое размещение полипропиленовой сетки в предбрюшинное пространство позволяет избежать образования послеоперационной грыжи у бариатрических пациентов.

Превентивное протезирование передней брюшной стенки использовано у 24 бариатрических пациентов. После лапаротомии отсепаровывали предбрюшинное пространство с обеих сторон вдоль прямых мышц живота. Во время интраабдоминального этапа операции мобилизованную поверхность защищали с помощью салфеток, пропитанных 1% раствором бетадина, для уменьшения риска инфицирования хирургической раны, что является наиболее вероятной причиной возникновения послеоперационной грыжи. После зашивания брюшины полипропиленовый протез с низким молекулярным весом (Vypro, Vypro2, Ultrapro, Ethicon) располагали препаритонеально. Ширина сетки 6—8 см, длина зависела от величины лапаротомного доступа. Во избежание миграции протеза в брюшную полость его фиксировали несколькими швами полипропиленовой нитью 2—0 (Prolene, Ethicon) к задней поверхности апоневроза прямой мышцы живота. На апоневроз прямых мышц живота накладывали непрерывный шов полидиоксаноновой петлевой нитью 0 (PDS II, Ethicon). Подкожную рану дренировали резиновыми выпускниками через отдельные проколы.

После операции гематома возникла у 2 (8%) больных, серома — у 3 (12,5%), что не требовало активной хирургической тактики. Образование грыжи в месте оперативного доступа за период наблюдения от 18 до 36 мес, в среднем 24 мес, не выявлено.

Полученные результаты подтверждают, что использование легких полипропиленовых протезов, расположенных в предбрюшинном пространстве, способствует профилактике послеоперационной грыжи у бариатрических пациентов, при этом частота местных осложнений не превышает таковую при применении стандартных методик.

АЛОПЛАСТИКА ВЕЛИКОЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ГРИЖІ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ

Я. П. Фелештинський, В. Ф. Ватаманюк, С. А. Свиридовський

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

У 70—75% хворих з великою післяопераційною грижею черевної стінки (ГЧС) діагностують ожиріння II—III ступеня. Це підвищує анестезіологічний та операційний ризик, створює технічні труднощі під час виконання алопластики. Крім того, використання стандартних методів алопластики великих дефектів черевної стінки у хворих на ожиріння часто (у 2—7% хворих) супроводжується підвищенням внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) та формуванням абдомінального компартмент синдрому (АКС), що спричиняє летальність (1,5—3%) навіть після планових операцій. Використання у хворих з великою ГЧС, поєднаною з ожирінням, хірургічних втручань, за яких не підвищується ВЧТ, сприятиме зменшенню частоти цих тяжких ускладнень.

Мета роботи: покращити результати хірургічного лікування великих ГЧС, поєднаних з ожирінням.

Проаналізовані результати хірургічного лікування 126 хворих з приводу великої ГЧС, поєднаної з ожирінням II—III ступеня. Індекс маси тіла у середньому (38 ± 4,3) кг/м^2, вік хворих — (56,1 ± 3,7) року. Розміри ГЧС визначали за міжнародною класифікацією (SWR—classification), найбільша ширина дефекту черевної стінки становила 15—20 см. Рецидивні ГЧС діагностовані у 17 (13,4%) хворих. Супутні захворювання, переважно хронічні серцево—судинні, виявлені у 86 (68,2%) пацієнтів. Цукровий діабет II типу в стадії компенсації — у 7 (5,5%). Всім хворим амбулаторно впродовж (12 ± 2,3) дня проводили спеціальну передопераційну підготовку, яка включала безшлакову дієту, послаблювальні засоби, бандажну компресію живота, корекцію супутніх захворювань. Перед операцією з метою максимального очищення кишечнику призначили фортранс за схемою. За 12 год до операції для профілактики тромбоемболічних ускладнень вводили клексан 0,4 мл підшкірно. Антибіотикопрофілактику проводили з використанням сульперазону 2 г. Залежно від способу виконання алогерніопластики хворі розподілені на 2 групи. У 63 хворих (1—ша група) втручання виконували за методикою "on lay" (у 30) та

"sub lay" (у 33); у 63 хворих (2—га група) — використовували модифіковану нами операцію Ramirez, варіант 1 — у 42, варіант 2 — у 21.

Модифікована операція Ramirez (варіант 1). Після широкої мобілізації країв дефекту черевної стінки розрізають апоневроз зовнішнього косого м'яза живота по краю апоневротичних піхв прямих м'язів живота, що забезпечує переміщення прямих м'язів до білої лінії живота на 10 см справа і зліва та збільшує площу черевної стінки. Серединний дефект черевної стінки укріплюють сітчастим імплантатом ("пролен", "ультрапро") за методикою "sub lay", а слабкі ділянки між прямими та косими м'язами — сітчастими імплантатами за методикою "on lay". Варіант 2 модифікованої операції за Ramirez відрізняється тим, що за черезмірного ризику підвищення ВЧТ прямі м'язи не зшивають контактно, між ними фіксують інтраабдомінальний сітчастий імплантат "просід". Це збільшує площу черевної стінки та попереджає підвищення ВЧТ. ВЧТ після операції у хворих 1—ї групи становив (12,1 ± 3,1) мм рт. ст., у хворих 2—ї групи — (5,3 ± 2,3) мм рт. ст. В усіх хворих операцію завершували дерматоліпектомією та вакуумним дренуванням операційної рани.

У 1—й групі у 3 (4,7%) хворих після алопластики "on lay" (у 2) та "sub lay" (в 1) виник АКС II стадії, усунутий за допомогою консервативних заходів. В 1 (1,5%) хворого виникла тромбоемболія легеневої артерії, що стало причиною смерті, у 5 (7,9%) — пневмонія. У 2—й групі АКС і тромбоемболію легеневої артерії не спостерігали, пневмонія виникла у 2 (3,1%) хворих. Такий результат у 2—й групі досягнутий завдяки використанню модифікованих операцій Ramirez, що забезпечило надійне укріплення дефектів черевної стінки без підвищення ВЧТ, це особливо важливо у хворих з ГЧС, поєднаною з ожирінням.

Таким чином, алогерніопластика з приводу ГЧС у хворих на ожиріння за модифікованими варіантами операцій Ramirez попереджує підвищення ВЧТ та значно зменшує вірогідність виникнення АКС та серцево—легеневих ускладнень після операції.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ БАРИАТРИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

М. Б. Фишман, В. М. Седов, П. Е. Куприн, С. П. Мужиков, М. О. Соловьева, Чие

Санкт—Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И. П. Павлова,
"Клиника Куприна",
МСЧ № 122 им. Л. Г. Соколова, г. Санкт—Петербург, РФ

Основные составляющие метаболического синдрома (МС) и их осложнения являются ведущей причиной смертности и инвалидизации современного человека, наиболее злободневной проблемой современной медицины. Комплексный подход к лечению таких пациентов применяют недостаточно часто, что нередко нивелирует его результаты. Необходима разработка единого подхода к лечению таких пациентов.

Цель исследования: оценить эффективность комплексного лечения пациентов с ожирением и МС.

Обобщен опыт лечения 571 пациента, у которых выполнены современные хирургические вмешательства: у 382 — регулируемое бандажирование желудка (РБЖ), у 115 — продольная (рукавная) резекция желудка (ПРЖ), у 11 — билиопанкреатическое шунтирование (БПШ), у 63 — шунтирование желудка (ШЖ). У 562 (98,4%) пациентов операции выполнены с использованием лапароскопической технологии. После бариатрических вмешательств, в сроки от 1 до 2,5 года у 56 больных выполнены корригирующие пластические операции. Максимальные сроки наблюдения после операций до 9 лет. Комплексный подход к лечению таких больных определялся тем, что его осуществляла бригада специалистов: хирург, эндокринолог, терапевт, диетолог, психолог, пластический хирург и др., как до, так и в течение длительного времени после операции. Для оценки критерия качества жизни (КЖ) и психометрических стандартов пациенты заполняли опросник, в том числе SF—36. Кроме стандартных лабораторных и инструментальных методов исследования, определяли уровень глюкозы в крови, инсулина, (гликозилированного гемоглобина — HbA1c), С—пептида, индекс HOMA, липидный спектр, содержание грелина, лептина, адипонектина, показатели глюкозотолерантного теста (кроме больных сахарным диабетом II типа). В зависимости от результатов обследования подбирали оптимальный вид бариатрического вмешательства. Эффективность лечения оценивали по сравнению с исходными показателями. Полученные результаты обрабатывали с помощью методов математической статистики.

После рестриктивных операций (РБЖ, ПРЖ) лучшие результаты достигнуты у пациентов молодого возраста. Комбинированные операции (ШЖ, БПШ) лучше влияют на основные составляющие МС. Однако после уменьшения массы тела у пациентов возникали другие проблемы — необходимость постоянной коррекции состояния вследствие сопутствующих заболеваний, уменьшения массы тела, необходимость правильного подбора питания, эстетические проблемы. Нередко это обусловливает дополнительную психическую травму и оказывает непосредственное влияние на КЖ. Установлено, что при морбидном ожирении наблюдаются очень низкие характеристики КЖ до лечения по сравнению с аналогичными показателями в других рандомизированных группах ($P < 0,0012$). После комплексного лечения бригадой специалистов характеристики КЖ оценены как высокие у 98% оперированных.

Таким образом, лучшие результаты достигнуты у пациентов, которым до и в течение длительного времени после операции осуществляли комплексное лечение. Применение только хирургического лечения не обеспечивает достижение хороших результатов в отдаленные сроки.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

М. Б. Фишман, В. М. Седов, П. Е. Куприн, М. О. Соловьева, С. П. Мужиков, Чие

Санкт—Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И. П. Павлова,
"Клиника Куприна",
МСЧ № 122 им. Л. Г. Соколова, г. Санкт—Петербург, РФ

В России смертность от сердечно—сосудистых заболеваний (ССЗ) — одна из самых высоких в мире. Серьезным фактором риска возникновения ССЗ является избыточная масса тела, один из основных факторов формирования метаболического синдрома (МС). Наиболее эффективным способом лечения МС считают различные методы бариатрических вмешательств. Многие методы и технологии нуждаются в совершенствовании, осмыслении, что мотивирует проведение дальнейших исследований.

Цель исследования: оценить возможности бариатрической хирургии в лечении основных составляющих МС.

Проанализированы результаты лечения 571 пациента. У 562 (98,4%) из них операции выполнены с использованием лапароскопической технологии. У 382 больных выполнено регулируемое бандажирование желудка (РБЖ), из них МС диагностирован у 83 (21,7%); у 115 — продольная (рукавная) резекция желудка (ПРЖ), в том числе с МС — 27 (23,47); у 11 — билиопанкреатическое шунтирование (БПШ), у всех отмечен МС; у 63 — шунтирование желудка (ШЖ), из них у 41 (65,07%) выявлен МС. Всего МС диагностирован у 162 (28,4%) больных. Максимальные сроки наблюдения после операций до 9 лет.

Эффективность примененных видов лечения оценивали по воздействию на основные составляющие МС по критериям: ИМТ, АД, липидный спектр, индекс HOMA, уровень глюкозы в крови, инсулина, С—пептида, HbA1c, грелина, лептина, адипонектина. Проведен математико—статистический анализ полученных результатов.

После РБЖ у 24 (28,9%) больных с исходным МС основные показатели нормализовались. Эффект операции наблюдали постепенно, от нескольких месяцев до 1,5 года. В отдаленном периоде 124 (32%) больным показаны повторные операции. Уровень ОХ и ЛПНП снизился незначительно — соответственно до 5,7 и 2,5 ммоль/л, уровень ЛПВП увеличился до 1,12 ммоль/л, уровень ТГ и коэффициент атерогенности снизились до 1,4 ммоль/л и 2,1. После ПРЖ эффект отмечали уже в первые дни после операции, он несколько снижался в отдаленном периоде (до 5 лет). У 13 (48,1%) больных показатели нормализовались. Хороший эффект рестриктивных операций обусловлен в основном молодым возрастом пациентов (до 39 лет), исходным ИМТ менее 43 кг/м^2, отсутствием тяжелых сопутствующих заболеваний. После ШЖ показатели нормализовались у 33 (80,4%) больных, после БПШ — у всех. После комбинированных операций эффект стабилен уже с первых дней после операции, устраняется весь симптомокомплекс МС. Таким образом, наилучший эффект относительно воздействия на основные составляющие МС отмечен после комбинированных бариатрических операций у пациентов молодого возраста, что подтверждают результаты проведенных исследований.

Рестриктивные операции являются эффективным способом лечения больных при ИМТ до 43—45 кг/м^2, молодого возраста, без тяжелых и длительно существующих основных составляющих МС. Комбинированные операции наиболее эффективны в отношении всех основных составляющих МС.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ

М. Б. Фишман, В. М. Седов, П. Е. Куприн, М. О. Соловьева, С. П. Мужиков, Чие

Санкт—Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И. П. Павлова,
"Клиника Куприна",
МСЧ № 122 им. Л. Г. Соколова, г. Санкт—Петербург, РФ

По оценкам ВОЗ, к 2025 г. число больных сахарным диабетом II типа (СД2) превысит 380 млн. Более чем у 1 млрд. людей на планете выявляют избыточную массу тела. В 80—90% наблюдений ожирение ассоциируется с СД2. В последние годы отмечена тенденция к лечению СД2 с использованием бариатрических хирургических вмешательств. Продолжаются исследования и поиски наиболее эффективных методов хирургического лечения.

Цель исследования: изучение возможностей контроля уровня гликемии с помощью бариатрических вмешательств.

Оценены результаты хирургического лечения 571 пациента. У 562 (98,4%) больных операции выполнены с помощью лапароскопической технологии. У 382 больных выполнено регулируемое бандажирование желудка (РБЖ), из них СД2 и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) отмечено у 79 (20,6%); у 115 — продольная (рукавная) резекция желудка (ПРЖ), из них СД2 и НТГ — у 28 (24,3%); у 11 — билиопанкреатическое шунтирование (БПШ), у всех СД2 и НТГ; у 63 — шунтирование желудка (ШЖ), СД2 и НТГ — у 26 (41,2%). Всего больных с СД2 и НТГ было 144 (25,2%). Максимальные сроки наблюдения после операций до 9 лет. Эффективность лечения СД2 и НТГ оценивали по ИМТ, уровню глюкозы в крови, инсулина, С—пептида, HbA1c, индексу HOMA.

При исходном СД2 и НТГ после рестриктивных (РБЖ и ПРЖ) операций у 52 (48,5%) пациентов показатели нормализовались, после РБЖ — у 38 (48,1%), после ПРЖ — у 16 (57,1%). Лучшие результаты отмечены у пациентов в возрасте до 39 лет, с исходным ИМТ менее 45 кг/м^2, без тяжелых сопутствующих заболеваний.

После комбинированных (ШЖ и БПШ) операций у 32 (86,4%) пациентов отмечены положительные результаты уже в первые месяцы, после ШЖ — у 21 (80,7%), после БПШ — у всех. Хирургические методы лечения ожирения часто способствуют ремиссии СД2, НТГ с длительной, нередко пожизненной нормализацией основных показателей и возможностью прекращения медикаментозного лечения.

Выводы

1. Бариатрические вмешательства значительно улучшают контроль уровня гликемии.

2. Комбинированные операции потенциально могут быть альтернативным методом лечения в тщательно отобранной группе больных с СД2, в частности, при низкой эффективности или неэффективности медикаментозного лечения.

3. СД2 в некоторых ситуациях целесообразно рассматривать как показание к выполнению комбинированной операции у больных и при нормальном ИМТ.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ С 3D ВИЗУАЛИЗАЦИЕЙ ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ

М. Б. Фишман, В. М. Седов, М. О. Соловьева, С. П. Мужиков, Чие

Санкт—Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И. П. Павлова, РФ

Современные эндовидеохирургические технологии в хирургической практике применяют с 80—х годов прошлого столетия. Требования к визуализации операционного поля постоянно совершенствуются. Система VIKING предлагает новый подход в современной лапароскопической хирургии — визуализацию операционного поля в 3D HD формате.

Цель исследования: оценить возможности системы VIKING с 3D визуализацией при выполнении различных лапароскопических операций.

Апробация системы VIKING с 3D визуализацией проведена в клинике в феврале—марте 2011 г. Выполнены 18 различных лапароскопических вмешательств: 8 современных бариатрических операций (регулируемое бандажирование желудка — РБЖ, продольная резекция желудка — ПРЖ, шунтирование желудка — ШЖ), 7 общехирургических (по поводу желчнокаменной болезни, аппендицита, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни), 3 — при онкологических заболеваниях кишечника, желудка. На завершающем этапе апробации проведен мастер—класс с прямой трансляцией операции ПРЖ из операционной в аудиторию в 3D формате. Применяли специальные шлемы с встроенными мониторами — средство визуализации VIKING для хирурга и ассистентов, обеспечивающее стереоскопическое зрение.

Во всех наблюдениях конверсии не было. Адаптация хирурга к технологии происходит за несколько минут. Благодаря визуализации в 3D повышается точность диссекции и наложения интракорпоральных швов, упрощается процесс локализации критических структур. Сохраняется естественность 3D поля зрения. Характерна высокая разрешающая способность операционного поля, широкая область обзора, изображение передает расстояние, объем и глубину. Сохраняется свобода обзора пространства за пределами мониторов. Нет необходимости в перемещении стойки при переходе операции в другую область операционного поля.

Таким образом, система VIKING обеспечивает естественное 3D зрение, улучшает зрительно—моторную координацию хирурга, позволяет прецизионно выполнять диссекцию, захват, наложение швов, обеспечивает точную ориентацию в пространстве, хорошее восприятие глубины. Эффективность технологии максимально проявляется при выполнении технически сложных лапароскопических операций.

ОТБОР, ПОДГОТОВКА И ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СВЕРХОЖИРЕНИЕМ

Б. Ю. Цветков, Д. Ю. Степанов

Самарская областная клиническая больница им. М. И. Калинина, РФ

В клинической больнице хирургическое лечение морбидного ожирения внедрено с 1998 г. В настоящее время выполняют все основные методы хирургической коррекции избыточной массы тела с применением как лапароскопического, так и открытого вмешательства. Выделена группа пациентов со сверхожирением, ИМТ у них превышал 55 кг/м^2. Как правило, у этих пациентов выявляли множество сопутствующих заболеваний, преимущественно дыхательную и сердечно—сосудистую недостаточность, что требовало серьезной предоперационной подготовки.

Пациентов отбирали с привлечением смежных специалистов (анестезиолог, кардиолог, пульмонолог, эндокринолог) после комплексного обследования, включавшего ЭКГ, эхокардиографию, ЦДК нижних конечностей, ФВД, ГДФС, УЗИ, биохимических и общеклинических анализов крови. Целью консилиума было выявление противопоказаний к плановому оперативному лечению и, при необходимости, разработка плана предоперационной амбулаторной или стационарной подготовки пациента. В дополнение к лекарственной и диетотерапии устанавливали внутрижелудочный баллон на 1—3 мес.

У первых пациентов при сверхожирении стремились выполнять такие технически сложные операции, как билиопанкреатическое шунтирование, однако это сопряжено как с техническими трудностями самой операции, так и сложностями анестезиологического обеспечения. Не менее сложным было ведение раннего послеоперационного периода. Стремясь уменьшить частоту осложнений и летальность, мы изменили тактику выбора оперативного вмешательства. Методом выбора у таких пациентов считаем рукавную гастропластику. Операцию выполняем лапароскопически, технически она более проста, менее продолжительна, позволяет раньше активизировать больного в ближайшем послеоперационном периоде. В то же время результаты операции сопоставимы с таковыми при применении других видов оперативного лечения ожирения. Мы всегда предупреждаем пациентов о возможной необходимости выполнения второго этапа операции (шунтирования кишечника или желудка) в более благоприятных условиях после уменьшения массы тела.

Применение предложенной тактики позволило прооперировать всех обратившихся пациентов со сверхожирением и выраженными сопутствующими заболеваниями при минимальной частоте осложнений. Пятилетний опыт наблюдения за этими пациентами свидетельствует о хорошей динамике уменьшения массы тела, удовлетворенности пациентов результатами лечения. В настоящее время показаний к выполнению второго этапа у пациентов нет. Кратковременное увеличение массы тела корригировали с помощью комплекса консервативных мероприятий.

ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

УДК 616.33+616.345]—089.12:621.791.317

МОБІЛІЗАЦІЯ ШЛУНКА ТА ТОВСТОЇ КИШКИ З ВИКОРИСТАННЯМ АПАРАТА ВИСОКОЧАСТОТНОГО ЕЛЕКТРИЧНОГО ЗВАРЮВАННЯ ТКАНИН

І. А. Сухін, О. М. Остапенко, С. Г. Качан, О. М. Білиловець, І. В. Гончар
Південно—західна залізниця, вузлова лікарня № 1, ст. Дарниця

MOBILIZATION OF THE STOMACH AND COLON USING HIGH—FREQUENCY ELECTRIC WELDING OF TISSUES APPARATUS

I. A. Sukhin, A. N. Ostapenko, S. G. Kachan, A. N. Belilovets, I. V. Gonchar

РЕФЕРАТ
Узагальнений досвід використання вітчизняного високочастотного електричного генератора ЕК300М-1 "Патонмед" під час мобілізації органів з розвинутою судинною системою, зокрема, шлунка та товстої кишки. Запропоновані варіанти режиму використання залежно від діаметра судин та наявності супутніх захворювань.
Ключові слова: шлунок; товста кишка; гемостаз; високочастотний електричний генератор.

SUMMARY
The experience of the native high-frequency electrical generator 300M EC-1 "Patonmed" for mobilization of advanced vascular network, particularly stomach and colon are presented. The variants of modes depending on the diameter of blood vessels and accompanied diseases are suggested.
Key words: stomach; colon; haemostasis; high-frequency electrical generator.

Невід'ємною частиною оперативного втручання на органах травного каналу є адекватна мобілізація органа, успіх якої залежить від якості хірургічних інструментів та щадного ставлення до навколишніх тканин. Здійснення цього етапу пов'язане з пересіченням судин і їх відповідним оброблянням. Залежно від обсягу запланованого втручання мобілізація органа може займати до 66% тривалості операції та супроводжуватися значними складнощами. Розробка засобів інтраопераційного гемостазу є актуальним питанням, про що свідчить велика кількість апаратів, які пропонує промисловість. У теперішній час поширені високочастотні електричні генератори з імпульсним подаванням струму, наприклад, LigaSure (Valleylab), за допомогою якого можна лігувати кровоносні судини діаметром до 3 мм. З використанням таких апаратів можливо мобілізувати органи без попереднього виділення судин великого та середнього діаметра з навколишніх тканин. Судини затискають між браншами інструмента разом з навколишніми тканинами. Апарат працює в автоматичному режимі, подавання електричного струму припиняється при зміні опору тканин. Про завершення процесу зварювання повідомляє звуковий сигнал [1, 2]. Вітчизняним аналогом високочастотних електричних генераторів є апарат ЕК300М—1, розроблений фахівцями Інституту електрозварювання ім. Е. О. Патона НАН України. За даними експериментальних досліджень, доведено здатність апарата забезпечувати надійну коагуляцію судин діаметром від 3 до 12 мм з мінімальним ушкодженням навколишніх тканин [3, 4]. Подальше клінічне використання певною мірою підтвердило ці дані [5, 6]. Основною перевагою таких технологій є

відсутність в організмі сторонніх тіл, зокрема, лігатур і кліпс. Мінімальний вплив на навколишні тканини запобігає утворенню спайок та виникненню запальної реакції. Деякі автори критично ставляться до використання високочастотних електричних генераторів через значну втрату часу при здійсненні гемостазу [7]. Отже, важливим завданням сучасної хірургії є розробка й впровадження в клінічну практику нових методів гемостазу під час операцій на органах черевної порожнини, простих у використанні та безпечних для пацієнта.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У 2009–2011 рр. в хірургічному відділенні під час операції у 187 хворих на етапі мобілізації шлунка та товстої кишки для здійснення остаточного гемостазу використовували апарат високочастотного електричного зварювання ЕК300М–1. Чоловіків було 113, жінок — 74. Віком від 18 до 60 років було 68 хворих, старше 60 років — 119. З супутніх захворювань у 26 пацієнтів діагностували цукровий діабет, у 17 — поширений атеросклероз судин з переважним ураженням вінцевих артерій, у 7 — артерій головного мозку, у 9 — судин нижніх кінцівок. У 43 хворих судини обробляли в режимі автоматичного зварювання, у 144 — в ручному режимі. Резекція 2/3 шлунка виконана у 41 хворого, дистальна субтотальна резекція шлунка — у 23, гастректомія — у 18, правобічна геміколектомія — у 59, лівобічна — у 17, резекція сигмоподібної ободової кишки — у 29. У 71 пацієнта операції виконували з приводу ускладнених онкологічних захворювань, у 116 — доброякісних утворень та гострих запальних процесів.

Для мобілізації шлунка при резекції в межах 2/3 органа здійснювали зварювання правої шлунково–сальникової, правої шлункової та панкреатодуоденальної артерій і вен без додаткового перев'язування або накладання кліпс. В усіх спостереженнях досягнутий надійний гемостаз, ускладнень не було. Для мобілізації шлунка під час дистальної субтотальної резекції здійснювали зварювання правої шлунково–сальникової, правої шлункової та панкреатодуоденальної артерій і вен, лівої шлунково–сальникової артерії та вени, мобілізували великий та малий сальник без додаткового перев'язування або накладання кліпс. Ліву шлункову артерію пересікали на затискачах та перев'язували окремою лігатурою у місця відходження від черевного стовбура. В усіх спостереженнях досягнутий надійний гемостаз, ускладнень не було. При мобілізації шлунка під час гастректомії виконували зварювання правої шлунково–сальникової, правої шлункової та панкреатодуоденальної артерій і вен, лівої шлунково–сальникової артерії та вени, коротких судин селезінки, мобілізували великий і малий сальник без додаткового перев'язування або накладання кліпс. При необхідності виконання сагітальної діафрагмотомії у 3 хворих зварювали діафрагмальну вену. Ліву шлункову артерію пересікали на затискачах та перев'язували окремою лігатурою у місця відходження від черевного стовбура. Лімфодисекцію вздовж черевного стовбура здійснювали шляхом електрозварювання. За необхідності видалення селезінки у 8 хворих її судинну ніжку обробляли шляхом накладання окремої лігатури, у 4 — роздільного зварювання її елементів. В усіх спостереженнях досягнутий надійний гемостаз, ускладнень не було.

Мобілізацію різних відділів товстої кишки незалежно від виду операції здійснювали шляхом електрозварювання судин без додаткового перев'язування або накладання кліпс. В усіх спостереженнях досягнутий надійний гемостаз, ускладнень не було.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На початку роботи з апаратом під час виконання резекції шлунка у 18 хворих, гастректомії — у 5, правобічної геміколектомії — у 9, резекції сигмоподібної ободової кишки — в 11 використовували автоматичний режим. При мобілізації шлунка між браншами затискача вміщували ділянку тканини з судинами та після їх стискання активізували роботу апарата. Параметри зварювання встановлювали залежно від діаметра судин. На надійність шва значний вплив справляє вид судини та обсяг навколосудинної клітковини. Наявність певної кількості клітковини навколо судин відіграє роль протектора, що не дозволяє електричному струму та температурному чиннику в поєднанні з механічним стисканням між браншами інструмента порушити цілісність стінки судини до формування коагуляційного тромбу. При оброблянні артеріальної судини діаметром до 3 мм, достатній кількості клітковини, через яку можна її оглянути, бажано, щоб вона тонким шаром вкривала ділянку обробляння. За такої ситуації потужність струму встановлювали на рівні п'ятої позначки, а тривалість впливу — на третій позначці регуляторів, розташованих на передній панелі апарата. Для формування надійної ділянки коагуляції потрібно 6–8 с. За таких параметрів роботи апарата не утворюється коагуляційний струп, не перепалюються судини. В усіх хворих у проксимальному напрямку формували дві лінії, у дистальному — одну лінію коагуляції, між якими пересікали судину. На підставі наведених параметрів обирали відповідний режим обробляння судин більшого або меншого діаметра. Під час роботи в автоматичному режимі якість та тривалість процесу зварювання залежать від одночасної наявності артеріальної та венозної судин, що потребує відповідної корекції параметрів. В цілому, для автоматичного режиму характерна залежність між діаметром судин, їх типом, обсягом клітковини та тривалістю формування надійного коагуляційного

шва. При використанні запропонованої методики для електричного лігування правої шлунково—сальникової артерії витрачали (120 ± 20) с, правої товстокишкової — (135 ± 15) с.

У міру накопичення досвіду роботи з апаратом повністю перейшли на використання ручного режиму зварювання, що дозволило значно зменшити тривалість обробляння судин. Не змінюючи технологію формування коагуляційного шва, обирали оптимальні параметри роботи апарата, що дозволяло в усіх ситуаціях досягти надійного гемостазу. Під час роботи в ручному режимі тривалість впливу встановлювали на другій, потужність — на п'ятій позначці регуляторів передньої панелі апарата. Основними критеріями завершення процесу формування коагуляційного шва є зовнішній вигляд ділянки впливу, яка з обох боків повинна відтворювати форму робочої частини інструмента, вдавленого у тканини, має бути матового забарвлення та щільної консистенції. Важливим моментом під час роботи в ручному режимі є механічне стискання тканини між браншами інструмента. Як правило, після активації режиму зварювання виконуємо декілька, с кожним разом сильніших, стискань інструмента, до формування відповідної ділянки. Тканини слід пересікати на відстані не менш ніж 2 мм від краю зварювання. При використанні наведеної методики для електричного лігування правої шлунково—сальникової артерій витрачали у середньому (70 ± 8) с, правої товстокишкової — (80 ± 10) с.

Окремо треба виділити хворих, у яких виявляли поширений атеросклероз, та пацієнтів похилого й старечого віку. Незалежно від режиму роботи апарата, в усіх спостереженнях для досягнення надійної коагуляції необхідне збільшення тривалості впливу та зменшення потужності електричного струму, що зумовлювало подовження обробляння судин. За такої ситуації якість коагуляційного шва краща при захопленні між браншами інструмента більшої кількості клітковини. Механічний тиск на тканини має бути щадним для запобігання пошкодженню стінки судин. Як додатковий захід підвищення надійності гемостазу в проксимальному напрямку формували три лінії коагуляційних швів.

Таким чином, надійність гемостазу при використанні апарата високочастотного електричного зварювання ЕК300М—1 "Патонмед" залежить від режиму використання та методу формування коагуляційного шва. Наявність клітковини навколо судин сприяє підвищенню рівня безпеки використання апарата. Ручний режим зварювання дозволяє зменшити тривалість обробляння однакових за діаметром судин. Використання апарата у хворих за поширеного атеросклерозу судин і пацієнтів похилого віку потребує індивідуального підбору параметрів його роботи.

Досвід використання апарата високочастотного електричного зварювання під час мобілізації органів з розвинутою судинною системою свідчить про значне полегшення виконання кропітких етапів операції, надійність гемостазу, доцільність впровадження цієї технології в хірургічних відділеннях загального профілю.

ЛІТЕРАТУРА

1. Randomized, clinical trial of LigaSure vs conventional diathermy in hemorrhoidectomy / E. Franklin, S. Seetharam, J. Lowney [et al.] // Dis. Colon Rectum. — 2003. — Vol. 46, N 10. — P. 1380 — 1383.
2. Effectiveness of the ultrasonic coagulating shears, LigaSure vessel sealer, and surgical clip application in biliary surgery: a comparative analysis / B. D. Matthews, B. L. Pratt, C. L. Backus [et al.] // Am. Surg. — 2001. — Vol. 67, N 9. — P. 901 — 906.
3. Использование биологической сварки тканей при лапароскопической холецистэктомии у больных с желчнокаменной болезнью / А. Г. Гринцов, О. В. Совпель, М. Ф. Сало [и др.] // Материалы науч.—практ. конф. "Актуальные вопросы абдоминальной хирургии" (Алушта, 29 — 30 апр. 2008 г.); тр. Крым. гос. мед. ун—та им. С. И. Георгиевского. — Симферополь, 2008. — Т. 144, Ч. I. — С. 97 — 100.
4. Ничитайло М. Ю. Застосування методу електрозварювання біологічних тканин при лапароскопічних операціях / М. Ю. Ничитайло, О. М. Литвиненко, О. М. Гулько // Шпитал. хірургія. — 2005. — № 1. — С. 42 — 44.
5. Экспериментальное обоснование применения метода электросварки биологических тканей в хирургической гепатологии / Ю. А. Фурманов, М. Е. Ничитайло, А. Н. Литвиненко [и др.] // Клін. хірургія. — 2004. — № 8. — С. 57 — 59.
6. Швед О. Є. Обґрунтування застосування електрозварювання як методу гемостазу (клініко—експериментальне дослідження) / О. Є. Швед: матеріали ювіл. наук.—практ. конф. "Актуальні питання невідкладної хірургії", присвяч. 90—річчю академіка НАН і АМН України О. О. Шалімова (Харків, 27 — 29 лют., 2008 р.) // Харк. хірург. школа. — 2008. — № 2. — С. 306 — 308.
7. Юшкин А. С. Физические способы диссекции и коагуляции в хирургии / А. С. Юшкин // Хирургия. — 2003. — № 1. — С. 48 — 53.

УДК 616.37—002.3—002.4—036.86—089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО ПОВОДУ НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА В ФАЗЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Н. Н. Брицкая
Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины, г. Харьков

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH NECROTIZING PANCREATITIS IN THE PHASE OF SEPTIC COMPLICATIONS

N. N. Brytskaya

РЕФЕРАТ
Представлены результаты этапного хирургического лечения больных по поводу некротического панкреатита в фазе гнойных осложнений. Установлено, что этапное применение миниинвазивных методов лечения позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений до 42%, летальность - до 22%.
Ключевые слова: панкреонекроз; гнойные осложнения; хирургическое лечение.

SUMMARY
The results of staging surgical treatment of necrotizing pancreatitis in the phase of septic complications were presented. Using of staging minimally invasive techniques in the treatment permit to reduce of postoperative complications rate up to 42%, mortality - up to 22%.
Key words: necrotizing pancreatitis; purulent complications; surgical treatment.

В последние годы отмечено увеличение заболеваемости острым панкреатитом, который в настоящее время занимает третье место в структуре острых хирургических заболеваний. Кроме того, увеличилась частота выявления деструктивных форм заболевания [1, 2]. При возникновении панкреонекроза у 40 — 70% больных отмечают инфицирование очагов некротической деструкции поджелудочной железы (ПЖ) [3, 4]. В последние годы в лечении больных по поводу некротического панкреатита в фазе гнойных осложнений используют преимущественно миниинвазивные технологии [5—7]. Однако тактика лечения острого некротического панкреатита является предметом дискуссии.

Целью работы явилось улучшение результатов хирургического лечения больных по поводу панкреонекроза в фазе гнойных осложнений путем применения этапной хирургической тактики с использованием миниинвазивных технологий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с 2007 по 2012 г. в клинике лечили 65 больных по поводу панкреонекроза в фазе гнойных осложнений. Мужчин было 47 (72%), женщин — 18 (28%). В возрасте до 60 лет было 54 (83%) пациента. Из этиологических факторов преобладал алкогольный и алиментарный острый панкреатит, что отмечено соответственно в 24 (37%) и 32 (49%) наблюдениях. Выявляли преимущественно субтотальное и тотальное поражение ПЖ — соответственно у 31 (48%) и 23 (35%) больных, реже — очаговый панкреонекроз — у 11 (17%). Во всех наблюдениях инфицирование очагов некротической деструкции ПЖ подтверждено данными микробиологических исследований. SIRS отмечен у всех пациентов, MODS — у 24 (37%). Всем больным при госпитализации проводили общеклинические, биохимические, коагулологические исследования. Для оценки состояния ПЖ, брюшной полости, клетчатки забрюшинного пространства при гос-

Таблица 1. **Характер первичных оперативных вмешательств, выполненных у больных по поводу панкреонекроза в фазе гнойных осложнений**

Операция	Число больных	
	абс.	%
Монотехнологичные	49	75
пункционно –дренирующие под УЗИ –навигацией	24	37
видеоскопические (лапаро –, люмбоскопические)	8	12
с использованием минидоступа под контролем УЗИ	14	22
«полуоткрытые»	3	5
Политехнологичные	16	25
мануально –ассистированные (hand–, finger–assisted)	9	14
видеоскопически дополненные	7	11
Всего …	65	100

питализации, а также во время динамического наблюдения проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) и/или компьютерную томографию. Все больные оперированы при установлении инфицирования очагов некротической деструкции ПЖ, доказанного по данным микробиологического исследования содержимого патологических очагов, полученного путем тонкоигольной аспирации выпота – у 31 (48%) пациента либо положительного теста с прокальцитонином, проведенного с помощью набора "Прокальцитонин–ЛюмиТест®" (LUMI® test) производства компании "BRAHMS Diagnostica GmbH" (Германия) для количественного анализа – у 34 (52%). Характер оперативных вмешательств приведен в *табл. 1*.

На основании приведенных данных видно, что в 75% наблюдений при выборе метода хирургического лечения больных приоритет отдавали миниинвазивным технологиям. Такие операции не всегда являются окончательными, поскольку нередко невозможно осуществить полную ревизию всех патологических очагов, однако они позволяют стабилизировать состояние пациента, что делает возможным в последующем выполнить повторную, при необходимости – более агрессивную операцию, позволяющую полностью устранить патологические очаги. Пункционно–дренирующие вмешательства под контролем УЗИ применены у 24 (37%) пациентов по поводу единичных абсцессов ПЖ, парапанкреатической клетчатки и клетчатки забрюшинного пространства, а также при инфицированных псевдокистах ПЖ. При абсцессах объемом до 50 мл и псевдокистах ПЖ объемом до 200 мл использовали методику Сельдингера, при большем размере абсцессов и инфицированных псевдокист, наличии в них детрита, густого гноя и мелких секвестров пункционное дренирование выполняли с использованием двухпросветного стилет–катетера с раздувным баллоном на конце, внутренним диаметром 0,8 см. Видеолапароскопические операции выполнены у 8 (12%) пациентов. Показаниями к выполнению таких операций считали наличие инфицированных скоплений жидкости в сальниковой сумке, парапанкреатической клетчатке, абсцессов ПЖ, при неэффективности их санации после пункционно–дренирующих операций, наличие крупных (диаметром более 2 см) секвестров, что требовало установки дренажей большего диаметра, а также наличия признаков гнойного перитонита неясного генеза, когда диагностическую лапароскопию переводили в лечебное мероприятие. При преимущественно панкреатогенном поражении клетчатки забрюшинного пространства возможно также выполнение видеолюмбоскопических операций, которые позволяют осуществить достаточно полную ревизию клетчатки забрюшинного пространства с последующим выполнением необходимых лечебных манипуляций.

Операции с использованием минидоступа по УЗИ–метке выполнены у 14 (22%) больных. Показаниями к такому хирургическому лечению считали относительно стабильное состояние пациента, массивное гнойно–некротическое поражение ПЖ, парапанкреатической клетчатки и клетчатки забрюшинного пространства, когда изначально предполагали неэффективность пункционно–дренирующих и видеоскопических вмешательств. Кроме того, выполнение операций с использованием мини–доступа позволяло осуществить тщательную ревизию ПЖ, парапанкреатической клетчатки и клетчатки забрюшинного пространства, адекватную некрсеквестрэктомию, санацию и дренирование гнойно–некротических очагов. При выборе доступа отдавали предпочтение задне–боковым.

"Полуоткрытые" операции с использованием стандартных методов выполнены у 3 (5%) больных. Такие операции выполняли при госпитализации пациентов в неотложном порядке и невозможности исключить другое острое заболевание органов брюшной полости – у 2 (3%), а также сочетании инфицированного панкреонекроза с острой странгуляционной непроходимостью тонкой кишки – у 1 (2%).

После операции больным проводили консервативное лечение, включавшее инфузионно–детоксикационную, антибактериальную, антисекреторную,

Таблица 2. **Характер повторных хирургических вмешательств у пациентов по поводу панкреонекроза в фазе гнойных осложнений**

Оперативное вмешательство	Число пациентов
Повторные пункционно –дренирующие	15
Повторные видеоскопические	5
Видеоскопические и дополнительные с использованием минидоступа по УЗИ –метке	4
Повторные по УЗИ –метке с использованием минидоступа	4
Операции по УЗИ –метке с использованием минидоступа и пункционно –дренирующие	2
Операции по УЗИ –метке с использованием мин идоступа и дополнительная видеолюмбоскопическая санация	3
Всего …	33

метаболическую, противовоспалительную терапию, обезболивание. Местная терапия включала ежедневную санацию полости гнойников растворами антисептиков, введение мазей на водорастворимой основе.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Необходимость выполнения повторных оперативных вмешательств возникла у 33 (51%) пациентов. В первую очередь, это обусловлено неодновременным нагноением всех очагов деструкции, что способствовало формированию новых панкреатогенных абсцессов или прогрессированию флегмоны забрюшинного пространства, а также тяжелым исходным состоянием пациента. На первом этапе выполнение как можно менее агрессивного хирургического вмешательства позволяло стабилизировать состояние пациента, последующее хирургическое пособие давало возможность окончательно санировать и дренировать все очаги гнойной деструкции ПЖ, выполнить адекватную некрсеквестрэктомию с меньшей угрозой жизни пациента.

Характер повторных оперативных вмешательств приведен в *табл. 2*.

Послеоперационные осложнения возникли у 27 (42%) больных. Наиболее тяжелыми были аррозивное кровотечение и поздний синдром полиорганной недостаточности (СПОН). У 1 (2%) пациента возникновение кровотечения обусловлено аррозией гастродуоденальной артерии, еще у 1 (2%) — повреждением нижней панкреатической артерии. Обоим пациентам произведены рентгеноэндоваскулярные вмешательства — эндоваскулярное пломбирование гастродуоденальной артерии и уменьшение селезеночного кровотока. У 3 (5%) пациентов, оперированных по поводу субтотального панкреонекроза, флегмоны забрюшинного пространства, которым осуществляли некрсеквестрэктомию и дренирование забрюшинного пространства с использованием проекционных минидоступов, отмечено формирование наружных свищей ПЖ с дебитом до 100 мл отделяемого в сутки. На фоне консервативного лечения достигнуто самостоятельное закрытие свища через 15—20 сут. Поздний СПОН, возникший у 11 (17%) пациентов, явился наиболее тяжелым системным осложнением панкреонекроза, ставшим причиной их смерти. Другими причинами смерти после повторной операции были аррозивное кровотечение, пневмония и острый инфаркт миокарда на фоне возникшей нестабильной стенокардии — по одному наблюдению. Общая летальность составила 22% (умерли 14 больных).

Таким образом, применение концепции этапной хирургической тактики у больных панкреонекрозом в фазе гнойных осложнений с использованием миниинвазивных технологий позволяет стабилизировать их состояние на первом этапе лечения, что в дальнейшем дает возможность выполнить, при необходимости, более обширное санационное вмешательство. Использование такого подхода позволило уменьшить частоту послеоперационных осложнений до 42%, летальность — до 22%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бебурушвили А. Г. "Технологическая" классификация миниинвазивных операций / А. Г. Бебурушвили, С. И. Панин, П. А. Пироженко // Хирургия. — 2009. — № 7. — С. 29 — 32.
2. Дронов О. І. Тактика лікування хворих з гострим некротичним панкреатитом / О. І. Дронов, І. О. Ковальська // Хірургія України. — 2008. — № 4 (28), додаток № 1. — С. 89 — 90.
3. Кондратенко П. Г. Причини розвитку гнійних ускладнень у хворих з гострим небіліарним асептичним панкреонекрозом / П. Г. Кондратенко, І. М. Джансиз // Наук. вісн. Ужгород. ун—ту. Серія "Медицина". — 2011. — № 2 (41). — С. 105 — 109.
4. Копчак В. М. Сучасна тактика хірургічного лікування тяжких форм гострого панкреатиту / В. М. Копчак // Клін. хірургія. — 2011. — № 5. — С. 25 — 26.
5. Ничитайло М. Ю. Мініінвазивні технології й ендоскопічні втручання у лікуванні деструктивних форм гострого панкреатиту / М. Ю. Ничитайло, О. П. Кондратюк, В. А. Кондратюк // Здоров'я України. — 2011. — № 2(5). — С. 15.
6. Alsfasser G. Treatment of necrotizing pancreatitis: redefining the role of surgery / G. Alsfasser, F. Schwandner, A. Pertschy // World J. Surg. — 2012. — Vol. 36. — P. 1142 — 1147.
7. Beger H. G. Severe acute pancreatitis: clinical course and management / H. G. Beger, M. R. Bettina // World J. Gastroenterol. — 2007. — Vol. 38. — P. 5043 — 5051.

УДК 616.348—006—0.89.86

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ У—ПОДІБНОГО АНАСТОМОЗУ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОЇ ОБТУРАЦІЙНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ТОВСТОЇ КИШКИ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

В. М. Косован
Одеська обласна клінічна лікарня

EXPERIENCE WITH Y—SHAPED ANASTOMOSIS IN SURGICAL TREATMENT OF ACUTE COLONIC OCCLUSION ILEUS OF TUMOR GENESIS

V. N. Kosovan

РЕФЕРАТ
Проаналізовані результати застосування У-подібного анастомозу під час здійснення резекції лівої половини товстої кишки з операбельною пухлиною на тлі гострої обтураційної непрохідності (ГОНТК) у 35 хворих. Післяопераційні ускладнення виникли у 16 хворих. Частота ранніх параколостомних ускладнень залежала від виду колостоми. Формування У-подібного анастомозу є операцією вибору при застосуванні резекційних методів лікування раку товстої кишки (РТК), ускладненого ГОНТК. Застосування такого втручання створює переваги під час виконання другого (відновного) етапу хірургічного лікування РТК.
Ключові слова: рак товстої кишки; обструктивна резекція товстої кишки; У-подібний анастомоз; післяопераційні ускладнення.

SUMMARY
The results of the Y-shaped anastomosis during resection of the colon left half with a resectable tumor on a background of acute colonic occlusion ileus in 35 patients were analyzed. Postoperative complications occurred in 16 patients. The Y-shaped anastomosis formation is an operation of choice during the resection treatment of colon cancer complicated by occlusion ileus. Carrying out such interventions poses a number of benefits when the second (recovery) stage of colon cancer surgical treatment.
Key words: colon cancer; obstructive colon resection; Y-shaped anastomosis; postoperative complications.

Можливості сучасної діагностики не дозволяють своєчасно виявляти РТК у ранніх стадіях. Майже у 60% спостережень РТК діагностують при виникненні його ускладнень. Найбільш частим ускладненням РТК є ГОНТК, яку діагностують у 15—49% хворих [1, 2]. Пізня діагностика зумовлює високу частоту виконання симптоматичних та багатоетапних операцій на товстій кишці [3—5].

Все більше дослідників схиляються до думки про хибність багатоетапних та симптоматичних втручань. За період (нерідко кілька місяців) між виведенням симптоматичної колостоми та здійсненням радикального втручання (резекції кишки) відбувається прогресування пухлини, метастазування, збільшення тяжкості ракової інтоксикації, що вдвічі зменшує резектабельність у порівнянні з такою за первинного видалення пухлини [4].

Виконання радикальних оперативних втручань на товстій кишці за наявності ускладнень злоякісного утворення можливе лише у 30—40% хворих [2, 4].

Зазначені обставини навели дослідників на думку про обов'язкове видалення резектабельної пухлини, незалежно від вираженості ускладнень захворювання [6].

Найбільш часто виконують обструктивну резекцію товстої кишки [1, 7]. Незважаючи на переваги такого втручання (первинне видалення пухлини тощо), наявність колостоми значно погіршує якість життя хворого, обмежує можливості соціальної та трудової реабілітації, потребує у подальшому виконання складної реконструктивно—відновної операції (РВО). При здійсненні відновного етапу виникають тяжкі післяопераційні ускладнення, зокрема, неспроможність швів анастомозу — у 8,4—22,6% хворих, гнійно—септичні ускладнення — у 25—60%, летальність становить від 5,2 до 19,5% [1, 3, 5, 7].

Таким чином, під час виконання радикального хірургічного втручання виникає потреба у створенні

сприятливих умов для здійснення подальшої РВО.

Для уникнення складного відновно—реконструктивного етапу деякі дослідники пропонують виконувати одномоментну лівобічну геміколектомію чи резекцію сигмоподібної ободової кишки (СОК) з первинним відновленням прохідності кишечнику та формуванням У—подібного (Т—подібного) анастомозу з утворенням превентивної плоскої колостоми [6].

Здійснення у подальшому відновної операції з усунення превентивної стоми за такої ситуації технічно простіше, дозволить виконати його позаочеревинно, уникнути тяжких післяопераційних ускладнень, притаманних РВО після обструктивної резекції товстої кишки.

Мета роботи: вивчити та порівняти результати оперативних втручань при ГОНТК пухлинного ґенезу після стандартної обструктивної резекції та резекції кишки з формуванням У—подібного анастомозу з превентивною одностовбуровою колостомою.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідження включені 67 хворих віком від 34 до 80 років з операбельним раком лівої половини товстої кишки, ускладненим ГОНТК.

Обов'язковою умовою виконання хірургічного втручання була відсутність віддалених метастазів та резектабельність пухлини.

Більшість пацієнтів похилого та старечого віку, у середньому (72,2 ± 4,7) року, в усіх діагностоване одне або кілька соматичних захворювань у стадії компенсації чи субкомпенсації, що визначало вибір хірургічної тактики.

Хворі з ГОНТК пухлинного ґенезу залежно від типу виконаної радикальної одномоментної операції на лівій половині товстої кишки розподілені на дві групи.

У 35 (52,2%) хворих (I група) виконано лівобічну геміколектомію – у 13 (37,1%) та резекцію СОК – у 22 (62,9%) з формуванням У—подібного анастомозу та превентивної одностовбурової колостоми.

У 32 (47,8%) хворих (II група) виконано обструктивну лівобічну геміколектомію – у 15 (46,9%) та обструктивну резекцію СОК (типу Гартманна) – у 17 (53,1%).

Після виконання основного етапу операції (лівобічна геміколектомія, резекція СОК) здійснювали евакуацію вмісту кишки та декомпресію привідних відділів товстої кишки за допомогою товстого зонда, введеного ретроградно.

На проксимальній частині поперечної ободової кишки (або на низхідній ободовій кишці) на 5—7 см дистальніше місця пересічення кишки формували У—подібний анастомоз бік у кінець з СОК чи внутрішньочеревною частиною прямої кишки. Невелика відстань від сформованого У—подібного анастомозу до кінцевої превентивної одностовбурової стоми ефективно перешкоджає підвищенню внутрішньокишкового тиску, створює сприятливі умови для загоєння анастомозу. Дистальну частину (по відношенню до анастомозу) кишки виводили у вигляді одностовбурової плоскої колостоми. При цьому лінію швів сформованого анастомозу підшивали до передньої черевної стінки.

Обструктивну лівобічну геміколектомію та резекцію СОК виконували за загальноприйнятими методиками.

Статистична обробка результатів проведена з використанням методів частотного аналізу за допомогою програми Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

Післяопераційні ускладнення у хворих, оперованих з приводу ГОНТК

Ускладнення	Кількість спостережень в групах			
	I (n=35)		II (n=32)	
	абс.	%	абс.	%
Загальні	2	5,72	2	6,25
тромбоемболія гілок легеневої артерії	1	2,85	–	–
післяопераційне запалення легень	1	2,85	2	6,25
Внутрішньочеревні	1	2,85	1	3,13
кровотеча	1	2,85	1	3,13
Параколостомні	3	8,57	7	21,88
Ранні	2	5,72	3	9,38
ретракція колостоми	–	–	1	2,28
парастомний дерматит	2	5,72	–	–
абсцеси та ф легмони	–	–	1	2,28
некроз колостоми	–	–	1	0,91
Віддалені	1	2,85	4	12,5
параколостом на нориця	1	2,85	1	3,12
стриктура колостоми	–	–	1	3,12
параколостомна грижа	–	–	2	6,25
Разом …	6	17,14	10	31,25

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Завдяки застосуванню правильно обраної хірургічної тактики, комплексному обстеженню та передопераційній підготовці після виконання оперативних втручань всі пацієнти живі.

Тривалість лікування у стаціонарі хворих I групи становила у середньому (10 ± 2,4) дня, II групи — (9 ± 3,1) дня.

Післяопераційні ускладнення, що виникли у хворих, оперованих з приводу ГОНТК, наведені у *таблиці*.

Післяопераційні ускладнення виникли у 6 (17,14%) пацієнтів I групи та у 10 (31,2%) — II групи. Ускладнення розподілені на загальні, внутрішньочеревні, параколостомні (ранні й віддалені). Загальні ускладнення відзначені в 1 (2,8%) хворого I групи та у 2 (6,2%) — II групи, внутрішньочеревні — відповідно в 1 (2,8%) і 1 (3,13%); параколостомні — у 3 (8,6%) і 10 (31,2%) ($P < 0,05$).

Слід відзначити, що частота параколостомних ускладнень становила 50% — у I групі і 70% — у II групі. Частота ранніх параколостомних ускладнень різнилася в обох групах залежно від виду сформованої колостоми за кількістю та строками появи.

Реабілітацію хворих, яким виконано резекцію лівої частини товстої кишки з формуванням У—подібного анастомозу з превентивною одностовбуровою колостомою, розпочинали вже через 2—3 тиж після операції, вона передбачала поступове тренування анастомозу для транзиту вмісту кишки звичним шляхом. Для цього щоденно на 3—4 год хворі закривали колостому серветкою, змоченою вазеліновим маслом, щільно фіксували пов'язку лейкопластирем до шкіри. Після тренування анастомозу протягом 1 тиж таку пов'язку можна накладати на цілий день.

Потребують аналізу результати виконання РВО на товстій кишці у хворих, яким здійснено резекцію товстої кишки з пухлиною після формування первинного У—подібного анастомозу з превентивною одностовбуровою колостомою.

ВИСНОВКИ

1. Формування У—подібного анастомозу є операцією вибору при застосуванні резекційних методів лікування РТК, ускладненого ГОНТК.

2. Ускладнення після резекції товстої кишки з формуванням первинного У—подібного анастомозу з превентивною одностовбуровою колостомою істотно різняться від таких після її обструктивної резекції за видом і строками появи.

3. Виконання втручань з формуванням У—подібного анастомозу має переваги при виконанні другого (відновного) етапу хірургічного лікування РТК.

ЛІТЕРАТУРА

1. Толстокишечная непроходимость опухолевого генеза: принципы выбора тактики хирургического лечения / С. С. Маскин, А. М. Карсанов, З. М. Шамаев, О. Ю. Долгих // Материалы междунар. хирург. конгр. — М., 2003. — С. 131.
2. Яицкий Н. А. Опухоли толстой кишки / Н. А. Яицкий, В. М. Седов, С. В. Васильев. — М.: МЕДпресс—информ, 2004. — 376 с.
3. Косован В. М. Хірургічна реабілітація хворих з тимчасовими одностовбуровими колостомами після обструктивних резекцій лівої половини товстої кишки / В. М. Косован // Укр. журн. малоінвазив. та ендоск. хірургії. — 2011. — № 4. — С. 46 — 49.
4. Реконструктивно—восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки / Г. В. Бондарь, В. Х. Башеев, Ю. В. Думанский [и др.] // Новоутворення. — 2009. — № 3—4. — С. 85 — 91.
5. Хирургическая тактика при восстановительных операциях на толстой кишке / М. П. Захараш, А. И. Пойда, В. М. Мельник [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. — 2006. — № 7. — С. 35 — 40.
6. Малахов Ю. П. Опыт применения У—образного анастомоза при хирургическом лечении острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / Ю. П. Малахов, П. Г. Брюсов // Воен.—мед. журн. — 2003. — № 12. — С. 25 — 29.
7. Косован В. Н. Параколостомические осложнения у больных, оперированных по поводу осложненного рака левой половины толстой кишки / В. Н. Косован // Мед. перспективи. — 2012. — Т. 17, № 1, Ч. 2. — С. 168 — 170.

УДК 616.43—006

СИНДРОМ МНОЖИННОЇ ЕНДОКРИННОЇ НЕОПЛАЗІЇ 2 ТИПУ

В. В. Хом'як, М. П. Павловський, Н. І. Бойко, Ю. П. Довгань, Я. І. Гавриш, Р. В. Кемінь

Кафедра хірургії № 1 (зав. — акад. НАМН України М. П. Павловський)
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

MULTIPLE ENDOCRINE NEOPLASIA SYNDROM TYPE 2

V. V. Khomyak, M. P. Pavlovsky, N. I. Boyko, Yu. P. Dovgahn, Ya. I. Gavrysh, R. V. Kemihn

РЕФЕРАТ

Синдром множинної ендокринної неоплазії (МЕН) - це спадкове захворювання, яке характеризується синхронним або метахронним виникненням доброякісних (аденома, гіперплазія) або злоякісних пухлин ендокринних органів. Наявність медулярного раку щитоподібної залози (МРЩЗ) та феохромоцитоми - обов'язкова умова під час встановлення діагнозу синдрому МЕН 2. Метою дослідження є своєчасна діагностика та оптимальне хірургічне лікування хворих з приводу синдрому МЕН 2. За період з 1999 по 2009 р. у клініці синдром МЕН 2 діагностували у 5 хворих, з них 2 жінки були рідними сестрами. В усіх хворих виявлено МРЩЗ та феохромоцитому. У 2 хворих феохромоцитоми були двобічні, а клінічний перебіг характеризувався безкризовою помірно вираженою артеріальною гіпертензією. Первинний гіперпаратиреоз (ПГПТ) діагностували у 2 пацієнтів. У родичів хворих, у яких діагностували МЕН 2 синдром, слід визначати вміст кальцитоніну, катехоламінів, кальцію, проводити ультразвукове дослідження (УЗД) шиї та заочеревинного простору.

Ключові слова: синдром множинної ендокринної неоплазії; медулярний рак щитоподібної залози; феохромоцитома; первинний гіперпаратиреоз.

SUMMARY

Multiple endocrine neoplasia (MEN) syndrome - is a hereditary disease which is characterized by synchronous or metachronous development of benign (adenoma, hyperplasia) or malignant tumors in the endocrine organs. The presence of medullary thyroid carcinoma and pheochromocytoma are mandatory requirements of MEN 2 syndrome. The purpose of our study was to perform timely diagnosis and optimal surgical treatment of patients with MEN 2 syndrome. Over the 1999-2009 years in the clinic we have diagnosed the MEN 2 syndrome in 5 patients, of whom two women were sisters. In all patients we observed medullary thyroid carcinoma and pheochromocytoma. Two patients had bilateral pheochromocytoma, and the clinical course was characterized with mild arterial hypertension. Primary hyperparathyroidism was observed in 2 patients. In the near relatives of patients with MEN 2 syndrome it must measure calcitonin, catecholamines, calcium rate, conduct ultrasound examination of the neck and retroperitoneal space.

Key words: multiple endocrine neoplasia syndrome; medullary thyroid carcinoma; pheochromocytoma; primary hyperparathyroidism.

Синдром множинної ендокринної неоплазії (МЕН) — захворювання, яке успадковується за автосомно—домінантним типом, характеризується синхронним або метахронним виникненням доброякісних (аденома, гіперплазія) або злоякісних пухлин у функціонально та анатомічно різних ендокринних органах, неендокринних тканинах нервової системи або тканинах мезенхімального походження. Синдром МЕН поділяють на два типи: МЕН 1 і МЕН 2 — залежно від того, які ендокринні залози уражені [1, 2].

У 1959 р. Хазард та співавтори вперше описали МРЩЗ як окрему хворобу, а через 2 роки Сіппл повідомив, що МРЩЗ часто поєднується з феохромоцитомою [3]. Пізніше у пацієнтів та їх родичів, у яких МРЩЗ та феохромоцитома поєднувалися з ПГПТ, діагностували синдром МЕН 2А (синдром Сіппла), а за множинних гангліоневром слизової оболонки травного каналу, вроджених аномалій скелету, очей, товстої кишки (хвороба Гіршспрунга) — синдром МЕН 2В (синдром Горліна) [1, 3, 4].

Зважаючи на генетичне підґрунтя виникнення цих синдромів, пухлини часто мультифокальні у непарних органах та двобічні — у парних, що впливає на тактику хірургічного лікування таких хворих. У родичів цих пацієнтів ретельний скринінг маркерів хвороби (вміст кальцитоніну, УЗД) та генетичні дослідження дозволяють вчасно здійснити оперативне втручання та досягти хороших віддалених результатів [1, 3, 5].

Мета дослідження: проаналізувати клінічні особливості, результати лабораторних та інструментальних методів дослідження для своєчасної діагностики та вибору оптимальної хірургічної тактики у хворих при синдромі МЕН 2.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Протягом 10 років у клініці синдром МЕН 2 діагностували у 5 хворих: у 4 — МЕН 2А, в 1 — МЕН 2В. Хворобу діагностовано у 4 жінок та 1 чоловіка віком у середньому (36,5 ± 6,1) року. У пацієнтів відзначені спадковий анамнез, наявність супутніх захворювань,

підвищення базального та стимульованого (пентагастрином або кальцієм) рівня кальцитоніну, катехоламінів, іонізованого та загального кальцію, паратгормону, проведені УЗД та/або комп'ютерна томографія (КТ) шиї та заочеревинного простору.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В усіх пацієнтів діагноз синдрому МЕН 2 встановлювали на підставі поєднання МРЩЗ та феохромоцитоми. Якщо у хворого з синдромом МЕН 2 не виявлені множинні гангліоневроми та інші вроджені аномалії розвитку та/або діагностували ПГПТ, встановлювали діагноз синдрому МЕН 2А, якщо виявляли типові аномалії розвитку — синдром МЕН 2Б.

Рівень кальцитоніну перед операцією визначали у 4 пацієнтів. Базальний рівень кальцитоніну підвищений від 85 до 420 пг/мл (у нормі — до 14 пг/мл), після стимуляції — 240—1200 пг/мл. За даними УЗД в однієї хворої виявлені патологічно—змінені лімфатичні вузли, регіонарні до щитоподібної залози. Усім хворим виконано тиреоїдектомію, у 3 — доповнену центральною лімфаденектомією. У 2 хворих повторно здійснили центральну та латеральну лімфаденектомію, в одного з них лімфаденектомію виконували тричі. Мультицентричний ріст МРЩЗ в обох частках виявлений у 2 пацієнток: в 1 — з синдромом МЕН 2А, в 1 — МЕН 2В.

У 2 хворих діагностували двобічні феохромоцитоми, клінічний перебіг характеризувався безкризовою помірно вираженою артеріальною гіпертензією. Двічі феохромоцитому видаляли лапароскопічно, у 3 пацієнтів адреналектомію здійснили відкритим методом з використанням люмботомного доступу. Двобічні пухлини видаляли лапаротомним доступом, причому, одну надниркову залозу резекували, залишаючи максимальний обсяг неураженої тканини. Замісної гормональної терапії у віддаленому післяопераційному періоді хворі не потребували. Видалення феохромоцитоми завжди передувало операціям на щитоподібній та прищитоподібних залозах, якщо пухлини діагностували синхронно.

ПГПТ діагностований у 2 хворих: в 1 пацієнтки — асимптомний, в 1 — змішаний. Рівень загального кальцію не перевищував 2,72 ммоль/л, паратгормону — 87 пг/мл. ПГПТ спричинений в одному спостереженні — аденомою прищитоподібної залози, ще в одному — її гіперплазією. Наводимо спостереження.

Пацієнтці Г., у віці 31 року виконали тиреоїдектомію та центральну лімфаденектомію з приводу мультифокального МРЩЗ, для клінічного спостереження пацієнтка не з'являлася. Через 11 років виникли скарги на періодичний головний біль, що супроводжувався підвищеною пітливістю та відчуттям страху, підвищенням артеріального тиску (АТ) до 20,0/13,3 кПа (150/100 мм рт. ст.), артеріальна гіпертензія погано коригувалася гіпотензивними засобами. За даними УЗД та КТ виявлене утворення у правій надниркові залозі діаметром 60 мм. Пацієнтка звернулася у клініку, під час огляду виявлені множинні гангліоневроми язика, з'ясовано, що у пацієнтки випорожнення один раз на тиждень. Проведено іригоскопію, встановлений діагноз хвороби Гіршспрунга. Базальний та стимульований рівень кальцитоніну у межах норми, під час УЗД шиї локальних ознак рецидиву не було. Рівень адреналіну та норадреналіну в 5,2 разу перевищував норму. Таким чином, у хворої діагностований синдром МЕН 2Б. Перед операцією хворій призначали α—адреноблокатор (празозин) протягом 5 діб. Виконано лапароскопічну правобічну адреналектомію. За даними морфологічного дослідження діагностовано феохромоцитому з ознаками малігнізації — ділянки некрозу та початкові ознаки інвазії пухлиною капсули. Після операції у хворої спостерігали артеріальну гіпотензію, що вимагало постійного введення вазопресорів протягом 48 год. Пацієнтка та її син перебувають під постійним клінічно—лабораторним спостереженням протягом 5 років (контроль АТ, визначення рівня кальцитоніну в крові, УЗД шиї та заочеревинного простору); ознак рецидиву хвороби немає. За повідомленнями літератури, МРЩЗ має більш агресивний перебіг у хворих при синдромі МЕН 2Б [2, 5], хоча у нашому спостереженні ознак рецидиву МРЩЗ після первинного хірургічного лікування не було.

Обстежені усі близькі родичі хворих на синдром МЕН 2: контроль АТ, вміст базального кальцитоніну, іонізованого кальцію, УЗД шиї та заочеревинного простору. У сестри однієї з пацієнток виявлене підвищення рівня базального кальцитоніну (до 450 пг/мл), іонізованого кальцію (до 1,41 ммоль/л) та паратгормону (до 121 пг/мл), проте, клінічних проявів ПГПТ не було. Під час УЗД візуалізований вузол у правій частці щитоподібної залози та утворення діаметром 14 мм у проекції лівої нижньої прищитоподібної залози.

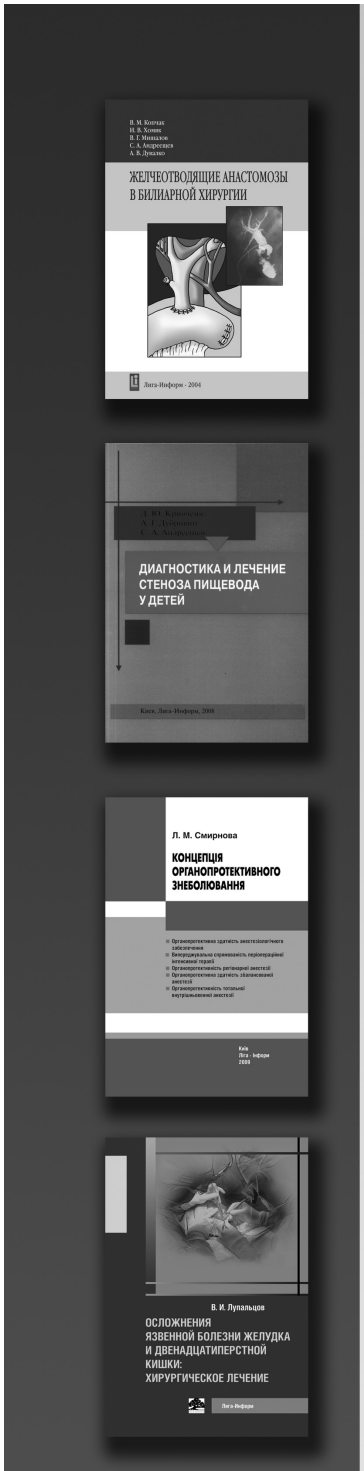
Хворій виконано тиреоїдектомію, центральну лімфаденектомію з приводу МРЩЗ, видалено аденому прищитоподібної залози.

Таким чином, пацієнтам, у яких діагностований будь—який компонент синдрому МЕН 2, особливо МРЩЗ або феохромоцитома, необхідне всебічне обстеження з метою виявлення цього синдрому. У родичів хворих, яким встановлений діагноз синдрому МЕН 2, слід визначати рівень кальцитоніну, катехоламінів, кальцію, проводити УЗД шиї та заочеревинного простору з метою діагностики синдрому МЕН.

ЛІТЕРАТУРА

1. Bordi C. Multiple endocrine neoplasia (MEN)—associated tumours / C. Bordi // Dig. Liver Dis. — 2004. — Vol. 36, N 1. — P. 31 — 34.

2. Lee N.C. Multiple endocrine neoplasia type 2B: genetic basis and clinical expression / N. C. Lee, J. A. Norton // Surg. Oncol. — 2000. — Vol. 9. — P. 111 — 118.
3. Multiple endocrine neoplasia type 2A: A 25—year review / M. A. Iler, D. R. King, M. E. Ginn—Pease [et al.] // J. Pediatr. Surg. — 1999. — Vol. 34, N 1. — P. 92 — 97.
4. Raue F. Multiple endocrine neoplasia type 2: clinical features and screening / F. Raue, K. Frank—Raue, A. Grauer // Endocr. Metab. Clin. N. Am. — 1994. — Vol. 23, N 1. — P. 137 — 156.
5. Multiple endocrine neoplasia type IIb the most aggressive form of medullary thyroid carcinoma / J. A. Norton, L. C. Froome, R. E. Farrell, S. A. Wells // Surg. Clin. N. Am. — 1979. — Vol. 59, N 1. — P. 109 — 118.



НАУКОВО-МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО

"ЛІГА-ІНФОРМ"

Медичне видавництво «ЛІГА–ІНФОРМ» запрошує до співпраці авторів медичної літератури.

Ми беремо на себе всі турботи про Вашу монографію: від редагування та створення оригінал–макету до поліграфічного виконання.

Видавництво, створене на базі журналу «Клінічна хірургія», допоможе видати книги з медицини, підручники, атласи, монографії.

Медичне видавництво «ЛІГА–ІНФОРМ» запрошує до взаємовигідної співпраці також фармацевтичні компанії, які займаються виробництвом, розповсюдженням і просуванням на ринок України лікарських засобів, медичного устаткування, компанії фармацевтичної промисловості (організації та представництва).

ТОВ "Ліга-Інформ",
03680, м. Київ,
вул. Героїв Севастополя, 30.
Свідоцтво про внесення
до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.
Тел./факс -044.408.18.11
e-mail: info@hirurgiya.com.ua

РЕЦЕНЗІЇ

УДК 616.37—006—089

КИСТЫ И КИСТОЗНЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ / М. Е. Ничитайло, Ю. В. Снопок, И. И. Булик. — К.: ЧАО Полиграфкнига, 2012. — 544 с., ил.

CYSTS AND CYSTIC TUMORS OF PANCREAS / M. E. Nichitaylo, Yu. V. Snopok, I. I. Bulyk

С появлением в книжных магазинах монографии "Кисты и кистозные опухоли поджелудочной железы", принадлежащей перу одного из ведущих специалистов в области хирургической панкреатологии не только в Украине, но и во всем Содружестве независимых государств профессора М. Е. Ничитайло и его учеников, в изучение актуальных проблем панкреатической хирургии и онкологии внесен неоценимый вклад. Солидная монография адресована широкому кругу хирургов, представителям диагностических специальностей, а также студентам высших медицинских учебных заведений. Обращает на себя внимание обширный высококачественный иллюстративный материал, включающий оригинальные рисунки — схемы операций, которые выполнил один из соавторов книги Ю. В. Снопок. Следует подчеркнуть, что с выходом книги читателю специалисту—хирургу впервые предоставлена возможность уяснить во всех сложных аспектах современное состояние этого раздела хирургии.

Обсуждению клинических проблем кистозного поражения поджелудочной железы (ПЖ) предпослана обширная глава, посвященная теоретическим вопросам панкреатологии, в частности, эмбриогенезу, анатомии и физиологии органа. В этом разделе, включающем многочисленные иллюстрации, представлены самые современные сведения об эмбриональном развитии ПЖ, физиологии ее экзокринного и эндокринного аппарата. С особым интересом читается часть раздела, посвященная анализу крайне важных для специалиста аспектов хирургической анатомии ПЖ. Нельзя не отметить, что столь подробное и современное изложение теоретических и прикладных вопросов не имеет аналогов в доступной литературе на русском и других языках СНГ. Следует обратить внимание на убедительный стиль изложения текста, который делает доступным практическим врачам понимание сложных теоретических проблем современной панкреатологии.

В главе 2 на современном уровне представлены данные литературы по таким важным для панкреатолога вопросам, как номенклатура и классификация кистозных образований ПЖ. Авторы совершенно справедливо избегают использовать применяемый в практике неопределенный общий термин "киста поджелудочной железы", а пишут о кистозном поражении ПЖ, подчеркивая многообразие морфологии, этиологии и патогенеза этих разнообразных как опухолевых, так и "неопухолевых" патологических состояний. Тем самым авторы обосновывают необходимость использования в практике большого арсенала диагностических и лечебных средств. Авторы не навязывают читателю собственные классификации кистозного поражения ПЖ, демонстрируя преимущества менее громоздких классификаций (Kimura, 2000), а также схем, основной целью создания которых является содействие клиницисту в дифференцированном выборе адекватных методов стандартной и "минимально инвазивной" хирургии (D"Egidio, Schein, 1991; Nealon, Walser, 2002).

Вторая часть главы представляет обзор возможностей современных инструментальных и лабораторных методов исследования при неопухолевом и опухолевом поражении ПЖ. Этот раздел характеризуется объективной оценкой наиболее информативных, в том числе внедренных в последнее время, диагностических средств. Авторы не стесняются указать на ограничения, недостатки и возможные опасности возникновения осложнений при использовании инвазивных диагностических и лечебных процедур. Такой подход существенно обогащает читателя—клинициста, формирующего собственный диагностический и лечебный алгоритм, у пациентов при различных видах кистозного поражения ПЖ и при предположении о его наличии.

Важные для клинициста проблемы подняты в сравнительно небольшой по объему главе 3, посвященной этиологии, патогенезу, морфологии, естест-

венному клиническому течению наиболее распространенного вида кистозного поражения ПЖ — псевдокист. При этом авторы стремятся уточнить терминологию и классификацию псевдокист ПЖ, в частности, дают определение таких понятий, как острая и хроническая, постнекротическая псевдокиста, анализируют признаки, позволяющие дифференцировать их от несформированных парапанкреатических скоплений жидкости при остром некротизирующем панкреатите. Кратко освещены патогенез "воспалительных кист ПЖ" и возможности их спонтанной резорбции, особенно при их малых размерах, а, следовательно, целесообразность применения длительной выжидательной тактики с отказом от активного оперативного или "интервенционного" лечения. Эти вопросы, однако, требуют дальнейшего углубленного изучения и обсуждения с анализом собственного клинического материала.

Существенный интерес представляет небольшой по объему раздел этой главы, посвященный осложняющим панкреатит "параампулярным кистам" при так называемом "groove pancreatitis". Сходная разновидность хронического панкреатита, изученная в работах школы академика Д. С. Саркисова, отличается гетеротопией элементов ПЖ в стенке двенадцатиперстной кишки, при этом характерные патологические изменения выявляют в основном в головке ПЖ, тело и хвост мало изменены. Приведенные авторами данные позволяют дифференцировать эту разновидность панкреатита от других, более распространенных, форм. При этом справедливо обосновано применение при этой форме заболевания таких радикальных вмешательств, как панкреатодуоденальная резекция (ПДР), в том числе в ее пилоросохраняющем варианте.

Украшением книги является обширная глава 4, посвященная недостаточно изученной проблеме кистозных опухолей ПЖ. Большой интерес представляют приведенные данные об онкогенезе кистозных опухолей, генетических особенностях некоторых из них. Убедительны для понимания различий многочисленных разновидностей таких опухолей многочисленные фотографии макро— и микропрепаратов, взятые преимущественно из работ ведущих зарубежных специалистов, а также демонстративные эхо— и рентгенограммы, характерные для наиболее распространенных опухолей. Эти подробные сведения и прекрасные иллюстрации, включая оригинальные схематические рисунки авторов, позволяют хирургу разобраться в различиях морфологии и возникающих осложнений у пациентов с кистозными опухолями.

Не меньший интерес в главе 5 представляет хорошо иллюстрированное описание разновидностей других, как правило, врожденных кистозных образований. Ознакомление с текстом и наглядными фотографиями существенно расширяет кругозор читателя, позволяя составить полное представление о морфологии таких образований, оценить рекомендации по распознаванию и методам их лечения.

В небольшой по объему главе 6, посвященной общим вопросам дифференциальной диагностики кистозного поражения ПЖ и хирургической тактики, приведены важные современные сведения относительно оптимальных алгоритмов диагностики, в том числе дифференциальной, а также выбора тактики лечения в зависимости от различных факторов — этиологии кистообразования, возраста пациентов, риска предполагаемого оперативного вмешательства. Анализ этих сведений позволяет хирургу учесть все основные факторы, определяющие лечебную тактику у каждого конкретного пациента при кистозном поражении ПЖ. Итогом анализа представленных данных явился разработанный авторами собственный алгоритм диагностики и лечения пациентов с кистозными образованиями ПЖ. Заключают главу интересные рассуждения авторов о целесообразности стандартизации алгоритмов диагностики кистозного поражения ПЖ. Совершенно справедливо высказанное мнение, что такая стандартизация возможна лишь на базе "консенсуса, основанного на обширных данных о природе кистозных образований ПЖ, накопленных за последние годы".

Особый интерес для специалиста, занимающегося хирургией ПЖ, представляют заключительные две главы, в которых подробно и всесторонне представлены дренирующие и резекционные операции по поводу кистозного поражения ПЖ. Привлекательными для молодых хирургов будут два кратких, но весьма информативных и объективных очерка истории развития хирургии ПЖ. Это тем более важно, что большая часть специалистов, занимающихся хирургическим лечением заболеваний ПЖ, имеет смутное представление об этапах его развития, никогда не видела портретов корифеев данного раздела хирургии, незнакома с правильным написанием их фамилий. Очень важно, чтобы врачи, считающие себя специалистами в хирургической панкреатологии, увидели ее основоположников, как уже ушедших из жизни (Ch. Puestow, W. Kausch, A.Whipple), так и ныне здравствующих (H. Beger, M. Gagner и др.). В этом ряду естественно смотрится впечатляющий портрет незабвенного академика Александра Алексеевича Шалимова, одного из создателей хирургической панкреатологии, и не только ее, и не только в Украине, но и на просторах бывшей большой страны — Советского Союза, где он пользовался непререкаемым авторитетом и глубоким уважением. Кстати, не было бы ошибкой авторов упомянуть на страницах книги, а, может быть, опубликовать портрет большого друга А. А. Ша-

лимова — В. В. Виноградова, в 1959 г. опубликовавшего первую монографию по рассматриваемой теме — "Опухоли и кисты поджелудочной железы".

В главах 7 и 8 читатель, и опытный, квалифицированный специалист, и хирург, только приступающий к лечению заболеваний ПЖ — панкреатита, псевдокист и разнообразных опухолей, найдет исчерпывающие и обоснованные ответы на вопросы о показаниях к выполнению тех или иных операций, особенностях предоперационной подготовки и ведения послеоперационного периода, возможных осложнениях в раннем и отдаленном послеоперационном периоде, прогнозе исхода каждой операции. С особым интересом читаются обширные разделы, посвященные технике как дренирующих, так и резекционных хирургических вмешательств. При этом очевидно, что все написанное на эту тему не является переписыванием из других источников, каждая деталь операции многократно продумана, взвешена и даже выстрадана авторами в постоянной работе у операционного стола.

Особенно привлекательно отношение авторов к важнейшей проблеме современной панкреатической хирургии — взаимоотношению методов и средств открытой и так называемой "минимально инвазивной" хирургии. Эта проблема далека от решения и достижения консенсуса среди приверженцев классических "открытых" операций, с одной стороны, и энтузиастов "интервенционных" и эндоскопических методов, с другой. Именно М. Е. Ничитайло и его ученики находят близкое к оптимальному решение проблемы, рассматривая открытые и минимально инвазивные методы в качестве равноправных и взаимно дополняющих способов хирургии ПЖ. Основной задачей при выборе оптимального хирургического вмешательства авторы справедливо признают обоснованную оценку показаний к каждому из них с учетом опыта специалиста и должного оснащения клиники.

Прекрасное впечатление оставляет обширная последняя глава, посвященная резекции ПЖ. Авторы подробно описывают и иллюстрируют многочисленными оригинальными рисунками технику различных вариантов ПДР, начиная от классических до самых современных. Привлекает проверенность рекомендованных деталей этих операций, отсутствие увлеченности модными деталями, например, такими, как замена наложения панкреатоеюноанастомоза панкреатогастроанастомозом. Нельзя не согласиться и со сдержанной, но объективной оценкой возможностей обширной лапароскопической резекции ПЖ, особенно ПДР. Авторы обоснованно избегают переоценки так называемой "сегментарной резекции" ПЖ, типа ее дуоденосохраняющей резекции по Бегеру, указывая на значительную частоту осложнений, непосредственных и отдаленных неудовлетворительных результатов. Широко представлены и вопросы выполнения тотальной панкреатэктомии при кистозном поражении ПЖ, показания к которой кажутся несколько преувеличенными.

Резюмируя, следует признать, что хирурги и онкологи Украины, России и других стран СНГ, которые давно занимаются или только приступают к хирургическому и другим методам лечения пациентов с кистозными заболеваниями ПЖ, впервые получили руководство, в котором исчерпывающе, объективно и убедительно освещены узловые вопросы хирургии ПЖ. По ряду высказанных положений есть место для дискуссий, что еще более привлекает читателя—профессионала. Книга не имеет аналогов в отечественной литературе. Монография — это достойный памятник Учителю М. И. Ничитайло академику А. А. Шалимову. Она станет, без сомнения, настольной книгой как для сформировавшихся, так и для начинающих специалистов в хирургической панкреатологии.

Профессор кафедры хирургии Первого Московского государственного медицинского университета М. В. Данилов

ІНФОРМАЦІЯ

УДК 617—089:615.479.4

ANSELL: ОПТИМАЛЬНАЯ ЗАЩИТА РУК ХИРУРГА

ANSELL: OPTIMAL DEFENS OF THE SURGEONS HANDS

17—18 мая 2012 г. состоялась научно—практическая конференция "Актуальные проблемы клинической хирургии", посвященная 40—летию Национального института хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины.

На конференции обсуждены вопросы, касающиеся выполнения хирургических операций, в том числе применения средств индивидуальной защиты медицинского персонала от инфицирования патогенными микроорганизмами во время операции.

Ведущие мировые специалисты из Греции, Швейцарии, Чехии, России делились опытом в роботоассистированной хирургии.

Участники конференции наблюдали прямую трансляцию из операционной — выполнение лапароскопической операции. Во время операции хирурги использовали в работе перчатки компании Ansell.

Компания ООО "Калина компания развития бизнеса", являющаяся официальным дистрибьютором медицинских перчаток компании Ansell в Украине, приняла активное участие в подготовке и проведении конференции.

На выставке лекарственных средств и товаров медицинского назначения, сопровождавшей конференцию, представлен широкий ассортимент стерильных хирургических перчаток компании Ansell, зарегистрированных в Украине: Medi—Grip Plus, Gammex, Medi—Grip PF, Gammex PF Sensitive, Encore Orthopaedic, Gammex PF DermaPrene, Gammex PF HydraSoft.

Представленная продукция вызвала активный интерес хирургов, так как в настоящее время остро стоит проблема защиты здоровья врача и пациента во время осуществления хирургического вмешательства.

Освещены основные проблемы, возникающие у хирургов.

1. Микробиологический риск: в настоящее время более 20 заболеваний передаются через контакт кожи с кровью

— ВИЧ
— вирусный гепатит В, С
— сифилис
— цитомегаловирус
— вирусы герпеса
— онковирусы и пр.

Профессиональные контакты с кровью являются одной из актуальных проблем здравоохранения в мире.

2. Механический риск: уколы и порезы острыми инструментами.

3. У хирургов всех клиник возникают серьезные проблемы раздражения кожи рук и появления сыпи на предплечьях.

4. Вдыхание пыли, содержащей частицы пудры (имеет значение при использовании опудренных перчаток и частой смене перчаток в течение одной рабочей смены в плохо проветриваемом помещении).

Использование медицинских перчаток позволяет минимизировать возможный риск, их обязательно применяют при любых по объему хирургических операциях, работе с трансплантатами и биоматериалом пациентов, а также в клинико—диагностических, бактериологических лабораториях, манипуляционных, прозектуре, при уходе за больными и т. д.

Некоторые врачи и медицинские сестры не любят работать в перчатках (снижается чувствительность, возникают сухость, шелушение кожи, хуже удерживаются медицинские инструменты), однако перчатки являются надежным средством защиты от инфекций.

Компания Ansell занимает ведущие позиции на мировом рынке хирургических и смотровых перчаток из натурального латекса и синтетических полимеров нового поколения.

Перчатки Ansell брендов Gammex® и Encore® специально разработаны для применения при различных видах хирургических вмешательств, в т. ч. в микрохирургии, ортопедии, косметической, кардиоторакальной и общей хирургии.

Благодаря соответствию анатомическому строению руки, использованию в манжетах технологии SureFit Technology, предотвращающей скатывание, высокому уровню барьерной защиты и устойчивости к перфорации, обеспечению надежного удержания инструментов в различных средах и гипоаллергенности, эти перчатки обеспечивают оптимальное соотношение комфорта, безопасности и легкости использования.

Все перчатки Ansell изготовлены с использованием технологии промывания PEARL, позволяющей значительно снизить уровень экстрагируемых протеинов, проходят строжайший контроль устойчивости к проникновению цитостатиков и вирусов в соответствии с инновационными программами тестирования ACPP и AVPP, которые значительно превосходят требования действующих стандартов.

Продукция компании отмечена европейским знаком соответствия и отвечает современным требованиям барьерной защиты, функциональности и ценовой доступности.

ООО "Калина компания развития бизнеса" предлагает медицинским работникам широкую линейку перчаток компании Ansell*.

Medi—Grip Plus. Опудренные латексные хирургические перчатки изготовлены с использованием анатомических шаблонов (как и все остальные хирургические перчатки), что обеспечивает прекрасную посадку на руке. Перчатки имеют длинную конусоподобную манжету, что обеспечивает их надежное крепление на рукаве халата хирурга. Шероховатая поверхность позволяет безопасно и надежно удерживать инструменты. Перчатки опудрены, что облегчает надевание даже двух пар. Перчатки Medi—Grip Plus — испытанный и удобный для пользователя продукт. Их применяют при всех видах хирургических процедур.

Medi—Grip PF. Неопудренные латексные хирургические перчатки. Обработаны смазывающим веществом на стадии хлорирования для облегчения надевания; мягкие и удобные, что снижает усталость кистей рук во время работы; одновременно обеспечивают высокую чувствительность и обладают прочностью; прямая манжета без валика и клейкая полоса позволяют надежно крепить перчатки к рукаву халата хирурга.

Gammex. Опудренные латексные хирургические печатки обеспечивают оптимальное сочетание комфорта и легкости использования. Шероховатая поверхность перчаток обеспечивает лучшее удержание инструментов в сухой и влажной среде. Прямая манжета и клейкая полоса позволяют надежно фиксировать их на рукаве халата хирурга. Перчатки опудрены, что облегчает их надевание и даже надевание двух перчаток на одну руку.

Gammex PF Sensitive. Неопудренные латексные хирургические перчатки. Специально разработаны для удовлетворения жестких требований в микрохирургии, нейрохирургии, офтальмологии, пластической хирургии. Тонкая латексная пленка (на 25% тоньше, чем у стандартных неопудренных латексных хирургических перчаток) в сочетании с мягкой текстурированной поверхностью обеспечивает самую высокую чувствительность и осязание, гарантирует надежный захват инструментов. Латексная композиция гарантирует низкую аллергенность, превосходный комфорт при работе, эластичность и легкость использования. Усиленная манжета вместе с внутренним покрытием синтетическим полимером облегчают надевание и смену перчаток. Манжета без валика с адгезивной полосой надежно удерживает перчатки на рукаве халата. Коричневая окраска уменьшает усталость глаз.

Gammex PF HydraSoft. Хирургические неопудренные перчатки с гидратирующей внутренней поверхностью. Будучи первым изделием Ansell, изготовленным с применением технологии HydraSoft® для внутреннего покрытия, неопудренные латексные хирургические перчатки Gammex® PF HydraSoft® поддерживают уровень влажности кожи рук.

Перчатки легко надеваются на влажные руки и снимаются, при надевании на руку двух перчаток обеспечивается большая безопасность вследствие увлажняющего эффекта внутреннего покрытия, изготовленного с применением технологии HydraSoft®. Это позволяет быстро и удобно менять перчатки между оперативными приемами. Перчатки обладают низкой аллергенностью — синтетическое внутреннее покрытие перчаток является защитным барьером от потенциальных аллергенов латекса. Манжета без валика с адгезивной полосой надежно удерживает перчатки на рукаве халата.

Encore Orthopaedic. Неопудренные латексные хирургические перчатки. Устойчивость к разрыву и проколу, а также предел прочности на растяжение позволяют хирургу выдерживать тяжелые условия оперирования в травматологии и восстановительной хирургии, обусловленные высоким риском. Полиуретановое покрытие на внутренней поверхности перчатки обеспечивает устойчивость к воздействию спиртсодержащих дезинфицирующих средств для рук, создавая дополнительную защиту. Благодаря повышенной толщине перчатки на 40% прочнее, чем стандартные неопудренные хирургические перчатки. Коричневая окраска уменьшает отражение яркого света. Манжета с валиком.

* — информация о характеристиках медицинских перчаток предоставлена компанией Ansell.

Перчатки анатомические, с изогнутыми пальцами для удобного облегания и уменьшения усталости рук.

Gammex PF DermaPrene. Неопудренные неопреновые (из синтетического латекса) хирургические перчатки разработаны специально для пациентов и медицинского персонала, у которых возникает аллергия на натуральный латекс. Яркая контрастная окраска (зеленые) позволяет использовать их как внутренние перчатки, при необходимости уменьшения риска инфицирования (в частности, при ВИЧ, вирусном гепатите В, С), избежать аллергии на латекс. При использовании двойных перчаток риск контакта с кровью пациента снижается с 70 до 2%. Перчатки обладают более высокой устойчивостью к износу и проколам по сравнению с большинством перчаток из латекса и других синтетических материалов. Манжета без валика, с адгезивной полосой, надежно удерживается на рукаве халата.

Micro—Touch HydraCare. Нестерильные неопудренные смотровые перчатки. Для поддержания мягкости кожи внутреннюю поверхность обрабатывают смягчающим кремом, который воздействует на дефекты кожи, восстанавливая ее влажность и упругость. Комфортны, легко надеваются, обеспечивают надежный захват инструментов. Перчатки легко надеваются даже на влажные руки. Бледно—зеленая окраска позволяет легко идентифицировать перчатки. Обеспечивают надежный барьер против вирусов, микроорганизмов, химикатов и моющих средств.

Все перчатки компании Ansell обеспечивают полную безопасность, удобство, прекрасную чувствительность, надежный захват инструментов при работе с биологическими жидкостями, низкую аллергенность.

Хирурги Национального института хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, которые использовали перчатки компании Ansell во время выполнения операций, оценили их как "удобные", "надежные", "прочные", "не рвущиеся", "гипоаллергенные".

ООО "Калина компания развития бизнеса" предлагает работникам сферы здравоохранения большой ассортимент высококачественных хирургических и смотровых перчаток компании Ansell из латекса и синтетических полимеров, сочетающих высокий уровень защиты, комфорта и улучшенных функциональных характеристик.

Дополнительную информацию можно получить по телефону (044) 501–92–16 или на сайте компании www.kalinabdc.com.ua

ЗМІСТ

3-45 5-та Українська конференція "ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ОЖИРІННЯ І СУПУТНІХ МЕТАБОЛІЧНИХ РОЗЛАДІВ"

ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

46-48 Сухін І. А., Остапенко О. М., Качан С. Г., Білиловець О. М., Гончар І. В.
Мобілізація шлунка та товстої кишки з використанням апарата високочастотного електричного зварювання тканин

49-51 Брицкая Н. Н.
Хирургическое лечение больных по поводу некротического панкреатита в фазе гнойных осложнений

52-54 Косован В. М.
Досвід застосування Y-подібного анастомозу в хірургічному лікуванні гострої обтураційної непрохідності товстої кишки пухлинного генезу

55-57 Хом'як В. В., Павловський М. П., Бойко Н. І., Довгань Ю. П., Гавриш Я. І., Кемінь Р. В.
Синдром множинної ендокринної неоплазії 2 типу

РЕЦЕНЗІЇ

58-60 М. В. Данилов
КИСТЫ И КИСТОЗНЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ / М. Е. Ничитайло, Ю. В. Снопок, И. И. Булик. - К.: ЧАО Полиграфкнига, 2012. - 544 с., ил.

ІНФОРМАЦІЯ

61-63 ANSELL: оптимальная защита рук хирурга